

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO

SOMMARIO

PRECEDENTI AGGIORNAMENTI DEL TARIFFARIO	4
LEGENDA DEI CODICI CONTENUTI NELL'ALLEGATO 1	6
CODICI IDENTIFICATIVI DELLE PRESTAZIONI	6
CONDIZIONI DI EROGABILITÀ CORRELATE ALLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA	7
ALTRI SIMBOLI	8
BRANCHE SPECIALISTICHE	9
CONDIZIONI DI EROGABILITÀ	9
INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA	14
REGOLE GENERALI	18
PRESTAZIONI EROGABILI IN UNA RICETTA	18
PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO (SENZA RICETTA)	18
MODALITÀ DI CALCOLO DELLA TARIFFA	19
REGOLE SPECIFICHE PER TEST SIEROLOGICI	24
PRESCRIZIONE E RENDICONTAZIONE SOSTANZE D'ABUSO	25
REGOLE SPECIFICHE PER TEST BATTERI E MICETI	26
CASI DI PRESTAZIONI MULTIPLE EROGATE IN PERIODI DIFFERITI	27
MODALITÀ DI INDIVIDUAZIONE, PRESCRIZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI CICLICHE	28
MODALITÀ DI PRESCRIZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ALLERGOLOGIA	30
RENDICONTAZIONI EXTRA-NOMENCLATORE	31
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBULATORI	31
CHEMIOTERAPIE INIETTIVE	31
MACROATTIVITÀ AMBULATORIALE AD ALTA COMPLESSITÀ - MAC	32
ANALGESIA: BLOCCO ANESTETICO	33
INIEZIONI ENDOARTICOLARI	33
OSSIGENO OZONO TERAPIA	34
TERAPIE INIETTIVE OCULISTICA	34
RENDICONTAZIONE SPERIMENTALE DEL COSTO DEI DISPOSITIVI IN AMB4	35
ELENCO DELLE PRESTAZIONI A CUI SARÀ POSSIBILE ASSOCIARE RECORD NEL FLUSSO AMB4	35
TIPOLOGIE AMMESSE	37
CODIFICA DELLA PATOLOGIA NEL QUESITO DIAGNOSTICO	38
TEST GENOMICI COSTITUZIONALI E SOMATICI	38
INDICAZIONI GENERALI	38
CODICI PATOLOGIA E CONDIZIONE DI EROGABILITÀ	39
RADIOTERAPIA	40
REGOLE SPECIALI DELLA FASE DI TRANSIZIONE	41
PRESTAZIONI PREVISTE DAL DPCM /2017 E AGGIUNTE DA REGIONE LOMBARDIA	41
TIPOLOGIA A)	41
PRESTAZIONI OBSOLETE O GIÀ INCLUSE IN ALTRE PRESTAZIONI (ESEMPIO REFLEX)	42
PRESTAZIONI CHE SONO STATE STATA AGGREGATE IN ALTRI CODICI	42
PRESTAZIONI DUPLICATE	44
PRESTAZIONI BASSA INTENSITÀ CHIRURGICA – BIC	44
PRESTAZIONI DI PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA – PMA	45
PRESTAZIONI CHE I GRUPPI DI LAVORO HANNO DEFINITO OBSOLETE O NON PRATICABILI	46
PRESTAZIONI RIDONDANTI	46
TIPOLOGIA B)	46
TIPOLOGIA C)	47
TABELLA PRESTAZIONI LEA NON RICONDUCIBILI AL CODICE NAZIONALE	47
TIPOLOGIA D)	50
TIPOLOGIA E)	50
PRESTAZIONI RICONDUCIBILI AL SETTING DI EROGAZIONE ALL'INTERNO DELL'ATTIVITÀ DI PRONTO SOCCORSO	51
VALIDITÀ DELLE RICETTE	51

PRESTAZIONI E SERVIZI EROGABILI IN TELEMEDICINA.....	53
PREMESSA.....	53
MODALITÀ DI RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI E SERVIZI DI TELEMEDICINA	57
ESTENSIONE DEL CATALOGO.....	57

PRECEDENTI AGGIORNAMENTI DEL TARIFFARIO

DGR n. 18664 del 29 settembre 1996	Tariffario
DGR n. 42606 del 23 aprile 1999	Tariffario
DDG n. 32731 del 18 dicembre 2000 "Approvazione delle linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale"	Regole
DGR n. 2799 del 22 dicembre 2000 "Integrazione del nomenclatore tariffario di assistenza specialistica ambulatoriale con prestazioni erogabili dalle branche specialistiche di ortopedia e traumatologia e medicina fisica e riabilitazione – recupero e riabilitazione funzionale dei motulesi e neurolesi"	Integrazione "Terapia ad onde d'urto extracorporee per patologie muscolo scheletriche"
DGR n.15324 del 28 novembre 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2004"	Tariffario
DGR n. 3776 del 13 dicembre 2006 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2007"	Integrazioni tariffe e introduzione nuove prestazioni per alcune branche
DGR n. 5743 del 31 ottobre 2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008"	Revisione delle tariffe
DGR n. 8501 del 26 novembre 2008 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009"	Revisione delle tariffe
DGR n. 9173 del 30 marzo 2009 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009- III provvedimento"	Introduzione nuove prestazioni per alcune branche
DGR n.10804 del 16 dicembre 2009 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010" (allegati 9 e 10)	Aggiornamento integrazioni Regole
DGR n. 11270 del 10 febbraio 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2010 II provvedimento"	Integrazioni
DGR n. 11512 del 24 marzo 2010 "DGR 10804 del 16/12/2009 avente ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2010 integrazione degli allegati B e C"	Integrazioni
DGR n. 621 del 13 ottobre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2010 III provvedimento"	BIC
DGR n. 937 del 1° dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011"	Integrazioni
DGR n. 2057 del 28 luglio 2011" Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011 -III provvedimento"	Integrazioni
DGR n. 2633 del 6 dicembre 2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2012"	Integrazioni
DGR n. 2946 del 25 gennaio 2012 "Precisazioni in ordine alla DGR n. IX/2633 del 06 dicembre 2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2012"	MAC e NPI
DGR n. 4716 del 23 gennaio 2013" Ulteriori determinazioni in merito alla DGR/4605 del 28.12.2012 "prima attuazione della legge 135/2012, "disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" art. 15 comma 13 lettera c) ed ulteriori indicazioni per l'esercizio 2013 correlate all'elenco dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza di cui al vigente patto per la salute"	Elenco BIC integrazioni esami laboratorio

DGR n. 1185 del 20 dicembre 2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014”	Integrazioni MAC riabilitative
DGR n. 2313 del 1° agosto 2014 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014”	Integrazioni
DGR n. X/ 2512 del 17 ottobre 2014 “Aggiornamento del nomenclatore tariffario: modifica e integrazione della DGR N. IX/4716/2013 ai sensi della DGR n. X/2313/2014”	Integrazioni
DGR n. 2989 del 23 dicembre 2014 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2015”	BIC
DGR n. 3993 del 4 agosto 2015 “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario regionale per l'esercizio 2015”	Modifiche prestazioni genetica e tariffe BIC
DGR n. 4702 del 29 dicembre 2015 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2016”	Rimodulazione tariffa polisonnografia e modifiche descrizione prestazioni Endoscopie digestive
DGR n. X/6006 del 19/12/2016 Regole di appropriatezza erogativa riguardante i SMeL	Laboratorio
DGR n. 2672 del 16 dicembre 2019 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020”	Integrazione prestazione cataratta con impianto di lenti toriche
DGR n. 4658 del 3 maggio 2021 “Determinazioni in merito al trattamento informativo ed economico di alcune prestazioni ambulatoriali collegate alla gestione dell'emergenza pandemica”	Tariffario
DGR n. 5178 del 3 settembre 2021 “Determinazioni in merito all'accesso ai test multigenici prognostici e/o predittivi per il carcinoma mammario nell'ambito del percorso di cura multidisciplinare ai sensi del D.M. salute del 18 maggio 2021”	Inserimento visita senologica multidisciplinare
DGR n. 6204 del 28 marzo 2022 “Determinazioni in merito al trattamento informativo ed economico del test molecolare per il virus SARS-CoV-2 - aggiornamento tariffa”	Tariffario
DDG n. 10383 del 15 luglio 2022 “Approvazione dei criteri e modalità di attuazione del programma regionale per lo screening prenatale ai sensi della DGR n. XI/5503 del 16.11.2021”	Tariffario
DGR n. XI/ 7431 del 30 novembre 2022 “Decreto Ministero della salute 30 settembre 2022: impegno di regione Lombardia ad attivare le modalità organizzative per l'esecuzione dei test next generation sequencing (NGS) ai pazienti con carcinoma metastatico del polmone”	Tariffario
DGR n. XII/ 63 del 27 marzo 2023 “Identificazione della rete di laboratori clinici per il supporto al panflu 2021-2023 e attivazione del sistema di sorveglianza delle sindromi respiratorie e influenzali in pronto soccorso e provvedimenti conseguenti alla DGR del 23 gennaio 2023 - n. XI/7811”	Tariffario
DGR n. XII/ 48 del 23 marzo 2023 “Prevenzione del tumore della cervice uterina: aggiornamento delle indicazioni regionali”	Tariffario
DGR n. XII/ 957 del 18 settembre 2023 “Prime determinazioni in merito alle modalità d'introduzione del nuovo tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale”	Nomenclatore
DGR n. XII / 989 del 25 settembre 2023 “Decreto del Ministero della Salute 6 marzo 2023: impegno di Regione Lombardia ad attivare le modalità organizzative per l'esecuzione dei test next generation sequencing (NGS) ai pazienti affetti da colangiocarcinoma non operabile o recidivato”	Tariffario
DGR n. XII / 1239 del 30 ottobre 2023, avente ad oggetto “Approvazione del Nomenclatore regionale dell'assistenza specialistica ambulatoriale” che ha approvato il Nomenclatore, demandando a successivi provvedimenti la definizione delle tariffe	Nomenclatore

DGR n. XII/ 1689 del 28 dicembre 2023 “Ulteriori determinazioni in merito al Nomenclatore regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale”	Nomenclatore
DGR n. XII/ 1878 del 12 febbraio 2024 “Disposizioni in merito al D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - Approvazione del nomenclatore tariffario regionale dell’assistenza specialistica ambulatoriale” che approvava il nomenclatore comprensivo delle tariffe, in applicazione del D.P.C.M. 12.1.2017, differendo però la sua entrata in vigore alla pubblicazione del Decreto Ministeriale di definizione delle tariffe del nomenclatore nazionale	Tariffario
DGR n. XII / 2442 del 03 giugno 2024 “Istituzione del “Molecular Tumor Board” Regionale ed Individuazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio Specialistici per l’esecuzione dei test per la profilazione genomica estesa Next Generation Sequencing (NGS) ai sensi del D.M. Salute del 30 maggio 2023”	Tariffario e indicazioni di appropriatezza prescrittiva ed erogativa
DGR n. XII / 2444 del 03 giugno 2024 “Ulteriori determinazioni in merito all’organizzazione dei Servizi di Medicina di Laboratorio e relativo aggiornamento dei requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento”	Tariffario e indicazioni di appropriatezza prescrittiva ed erogativa
DGR n. XII / 2966 del 05 agosto 2024 “Ulteriori determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024 - terzo provvedimento”	Tariffario e indicazioni di appropriatezza prescrittiva ed erogativa

LEGENDA DEI CODICI CONTENUTI NELL’ALLEGATO 1

La tabella dell'allegato 1 della presente delibera, riporta i codici in forma sistematica (in ordine di codice) utilizzando i seguenti campi.

1	Nota regionale	Condizioni di erogabilità correlate alla tipologia di struttura
2	Codice	Codice della prestazione
3	Descrizione	Descrizione della prestazione
4	Nota prescrivibilità	Contiene i codici delle note di erogabilità correlate alle patologie
5	BS_01	Codice della prima branca specialistica
6	Des_BS_01	Descrizione della prima branca specialistica
7	BS_02	Codice della seconda branca specialistica
8	Des_BS_02	Descrizione della seconda branca specialistica
9	BS_03	Codice della terza branca specialistica
10	Des_BS_03	Descrizione della terza branca specialistica
11	BS_04	Codice della quarta branca specialistica
12	Des_BS_04	Descrizione della quarta branca specialistica
13	BS_05	Codice della quinta branca specialistica
14	Des_BS_05	Descrizione della quinta branca specialistica
15	Ripetibilità/cicli	Contiene i criteri di ripetibilità delle prestazioni e di calcolo delle tariffe
16	Tariffa	Tariffa in vigore dal 30 dicembre 2024

Codici identificativi delle prestazioni

I codici delle prestazioni ambulatoriali sono costituiti da caratteri numerici o alfanumerici, in numero di tre, quattro o cinque. In ogni codice un punto decimale si interpone tra il secondo ed il terzo carattere. Quando sono necessari più di quattro caratteri un punto decimale è interposto tra il quarto ed il quinto carattere.

Condizioni di erogabilità correlate alla tipologia di struttura

Oltre che dal codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un simbolo che indica specifiche condizioni che ne limitano l'erogabilità ad alcuni tipi di strutture, autorizzate ad effettuare la prescrizione.

Alcune codifiche sono previste dal DPCM 12 gennaio 2017 (DPCM/2017) nella Legenda dell'allegato 4 al DPCM stesso.

Le prestazioni contrassegnate con la lettera **"H"** indicano le **prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti** o di ambulatori situati presso strutture autorizzate al ricovero sia in regime ordinario che a ciclo diurno.

Le prestazioni contrassegnate con la lettera **"R"** sono erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti e abilitati per l'erogazione di tali prestazioni.

Tipologia R relativa ai Laboratori

Prestazioni con lettera R	Centri ambulatoriali riconosciuti e abilitati	DGR / Decreto
Genetica Medica-Citogenetica	Laboratorio Specialistico o Ultra Specialistico di Genetica Medica con area di Citogenetica	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i.
Genetica Medica-Genetica molecolare	Laboratorio Specialistico o Ultra Specialistico di Genetica Medica con area di Genetica Molecolare	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i. e altre norme specifiche per singole prestazioni incluse DGR n. XII/2442/2024 e s.m.i.
Microbiologia e Virologia	Laboratorio Specialistico o Ultra Specialistico o Clinico Generale con area di Microbiologia e Virologia Clinica	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i. e altre norme specifiche per singole prestazioni
Anatomia Patologica	Laboratorio Specialistico o Ultra Specialistico di Anatomia Patologica con Area di Diagnostica Molecolare	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i. e altre norme specifiche per singole prestazioni incluse DGR n. XII/2442/2024 e s.m.i.
Patologia Clinica	Laboratorio Specialistico o Ultra Specialistico o Clinico Generale con area di Patologia Clinica	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i. e altre norme specifiche per singole prestazioni incluse la DGR VII/9097/2009 e s.m.i. e la DGR n. XII/2442/2024 e s.m.i.
Immunoematologia	Laboratorio Specialistico o Ultra Specialistico di Immunoematologia	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i. e altre norme specifiche per singole prestazioni

Le prestazioni contrassegnate con la lettera **"MR"** sono prestazioni di laboratorio riservate alle malattie rare secondo protocolli diagnostico terapeutici adottati nell'ambito della rete nazionale.

Nella stessa colonna della Tabella sono state inserite delle **specificità del Nomenclatore Regionale della Lombardia** che vincolano prescrizione ed erogazione.

Le prestazioni contrassegnate con la lettera "**Hca**" sono erogabili solo presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero accreditati che posseggano i requisiti necessari per eseguire interventi di chirurgia ambulatoriale a bassa complessità (DGR VIII/9014 del 16.12.2009 Allegati 9 e 10 che dovrà essere aggiornata).

Le prestazioni contrassegnate con la lettera "**U**" sono erogabili solo in PS e **non sono quindi prescrittibili o prenotabili.**

Altri Simboli

[]: La parentesi quadra include sinonimi o termini esplicativi e, per le prestazioni di laboratorio, la definizione del materiale nel quale si dosa l'analita ([S/U/dU] stanno a significare la determinazione serica/urinaria/urinaria 24h).

(): La parentesi tonda include termini descrittivi della prestazione che non implicano una variazione della scelta del codice.

Escluso: Le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione.

Incluso: Il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice.

Codificare anche: Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificato in aggiunta.

N.A.S. significa "Non Altrimenti Specificato". Le prestazioni recanti la dizione "NAS" (Non Altrimenti Specificato), vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente nell'allegato 1.

Simbolo "/" per la prestazione di Medicina di Laboratorio. Questo simbolo nella maggior parte dei casi significa "in alternativa". Pertanto, se la descrizione della prestazione contiene la dizione "qualitativa/quantitativa" significa che il tipo di determinazione quantitativa o qualitativa, dell'analita misurato, inclusa la ricerca degli acidi nucleici, dal punto di vista clinico è equivalente. Di fatto la determinazione quantitativa include la qualitativa perché risponde al quesito se è presente o meno la sostanza, l'analita o il microrganismo.

Qualora, a seguito del progresso tecnologico e clinico, fosse necessario per un'esigenza clinica, distinguere il tipo di prestazione qualitativo dal quantitativo, nel catalogo SISS sono specificate due prestazioni distinte con due codici identificativi distinti, una per la determinazione qualitativa e una per la determinazione quantitativa.

"Eventuale" per la prestazione di Medicina di Laboratorio. Quando nella descrizione della prestazione viene utilizzato il termine eventuale si intende che, in funzione dell'esito, può essere

compresa una prestazione aggiuntiva.

Ad esempio: *91.26.C VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM, si considera che la determinazione delle IgG deve essere sempre eseguita, mentre la determinazione delle IgM, se pur ricompresa nella prestazione, deve essere eseguita in funzione delle indicazioni di appropriatezza specifiche indicate.*

Branche Specialistiche

Alle prestazioni sono associate delle Branche Specialistiche.

In questa prima fase di entrata in vigore del nuovo nomenclatore si ritiene opportuno che, in linea con le disposizioni nazionali, l'articolazione delle prestazioni in branche specialistiche abbia il solo fine di consentire l'applicazione delle disposizioni che regolano le modalità di compilazione della ricetta e la partecipazione al costo da parte dell'assistito; non definisce né le competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e soggetti abilitati alla loro erogazione. Tali branche non corrispondono necessariamente alle specialità accreditate, poiché il processo autorizzativo non deve essere confuso con i criteri di compilazione della ricetta.

CODICE	DESCRIZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
001	Anestesia/Analgesia	014	Neurochirurgia
002	Cardiologia	015	Neurologia
003	Chirurgia Generale	016	Oculistica
004	Chirurgia Plastica	017	Odontostomatologia
005	Chirurgia Vascolare	018	Oncologia
006	Dermatologia/Allergologia	019	Ortopedia
007	Medicina Nucleare	020	Ostetricia e Ginecologia
008	Diagnostica per immagini	021	Otorinolaringoiatria
009	Endocrinologia	022	Pneumologia
010	Gastroenterologia	023	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia
011	Laboratorio	024	Radioterapia
012	Medicina fisica e Riabilitazione	025	Urologia
013	Nefrologia	026	Altre prestazioni

Le visite specialistiche per le quali non è esplicitamente indicata la branca, sono incluse nella categoria "altre prestazioni" e possono essere prescritte nella stessa ricetta insieme ad altre prestazioni complementari; pertanto, tali visite devono essere considerate appartenenti alla branca a cui afferiscono queste prestazioni.

CONDIZIONI DI EROGABILITÀ

Le condizioni di erogabilità definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni – al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti

pregressi, e sono erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale limitatamente ai casi in cui le medesime sussistono, con obbligo per il medico prescrittore di riportare sulla ricetta il numero della nota ed il quesito clinico o diagnostico.

Per la PMA (Procreazione Medicalmente Assistita), ancora non inserita nel Nomenclatore Regionale e che sarà oggetto di provvedimento specifico successivo, sono definiti i limiti di età, il contenuto di ciascun ciclo di fecondazione, nonché il numero massimo di cicli.

NOTA	DESCRIZIONE
1	Allegato 4 B (DPCM/2017)
2	Generalità della popolazione
3	A) 0-14 anni B) Condizioni di vulnerabilità sanitaria C) Condizioni di vulnerabilità sociale
4	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria B) Condizioni di vulnerabilità sociale C) Per il solo incappucciamento indiretto della polpa anche 0-14 anni in caso di evento traumatico
5	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria B) Condizioni di vulnerabilità sociale
6	Condizioni di vulnerabilità sanitaria
7	Condizioni di vulnerabilità sanitaria in caso di sindrome algica e disfunzionale dell'ATM
8	A) 0-14 anni B) Condizioni di vulnerabilità sanitaria
9	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria (Indice IOTN = 4/5) B) Condizioni di vulnerabilità sociale (Indice IOTN = 4/5)
10	0-14 anni
11	A) Condizioni di vulnerabilità sanitaria B) Condizioni di vulnerabilità sociale C) 0-14 anni solo in caso di evento traumatico
12	Nei casi di sanguinamento oscuro, dopo EGDS e colonscopia totale negative
13	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: da 65.11 AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick-up ovocitario] a uno o più 69.82.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET)
14	Fino al compimento del 46° anno. Fino a 6 cicli. Ciascun ciclo: fino a uno o più TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) (69.82.5)
29	Secondo indicazioni dell'allegato 4 A (DPCM/2027)
42	Salvo nuove indicazioni contenute nelle linee guida, o altri documenti di indirizzo, o altre indicazioni delle Società Scientifiche, i farmaci per i quali allo stato attuale, è possibile unicamente un dosaggio con metodi quali HPLC, Gas Massa, Liquido Massa, Massa Massa ecc. sono almeno quelli indicati nella seguente lista: <ul style="list-style-type: none"> • Lamotrigina • Carbamazepina-Epossido

NOTA	DESCRIZIONE
	<ul style="list-style-type: none"> • Clonazepam • Nitrazepam • Clobazam • Gabapentin • Oxcarbazepina • Levetiracetam • Vigabatrin • Amitriptilina • Clozapina • Diazepam • Trazodone • Butalbital • Olanzapina • Fluoxetina • Paroxetina • Citalopram • Mirtazapina • Venlafaxina • Quetiapina • Mitotane • Amiodarone • Flecainide • Abacavir • Amprenavir • Delavirdina • Didanosina • Efavirenz • Indinavir • Lopinavir • Lamivudina • Nelfinavir • Ritonavir • Saquinavir • Stavudina • Zalcitabina • Zidovudina • Nevirapina • Tegafur • Warfarin • Tiopentale • Midazolam • Farmaci Antitumorali e correlati - Ciclofosfamida, Metotrexato, Irinotecano, Sn-38 Glucoronato • Levodopa. <p>Mentre, di norma per le altre metodiche utilizzate per la determinazione in vitro dei farmaci, qualunque esse siano, sono di norma applicabili ad ogni altro farmaco (o classe di farmaci) non esplicitamente riportato nella lista sopra indicata.</p> <p>Inoltre, tale prestazione raggruppa tutte le prestazioni che nel Decreto Ministeriale 22 luglio 1996 facevano riferimento al dosaggio dei seguenti farmaci o classi di farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • FARMACI ANTIBIOTICI - aminoglicosidi, glicopeptidi per singola determinazione • FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, (Paracetamolo), Salicilati

NOTA	DESCRIZIONE
	<ul style="list-style-type: none"> • FARMACI ANTIEPILETTICI - Etosuccimide, Carbamazepina, Acido Valproico, Barbiturici, • Fenitoina, Primidone • FARMACI ANTIARITMICI - Disopiramide, Lidocaina, Procainamide • FARMACI IMMUNOSOPPRESSORI - Ciclosporina, Tacrolimus, Everolimus, Sirolimus, Acido micofenolico • FARMACI PSICOLETICI/PSICOANALETTICI (ANTIDEPRESSIVI) - Benzodiazepine, Desipramina, Doxepina, Imipramina, Timipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Litio. • FARMACI DIGITALICI - Digossina • FARMACI IMMUNOSTIMOLANTI - Interferone • FARMACI ANTIASMATICI - Teofillina • FARMACI ANTIMICOTICI - voriconazolo • DOPAMINA: se per Parkinson, usare la denominazione "analoghi della dopamina"
65	Prescrivibile solo in previsione di trapianto/donazione, trasfusione o in donne in gravidanza e in funzione preconcezionale
70	La prestazione è classificata quale "Indagine di II livello" ed è erogabile su indicazione dello specialista allergologo
75	Secondo linee guida, in caso di patologia tumorale maligna già evidenziata
76	<p>La prestazione è erogabile alle condizioni specificate al DPCM/2017 come integrate alle condizioni indicate nella Tabella 2 e nella Tabella 4 dell'Allegato 2 Sub "Allegato 1 Medicina di Laboratorio" e s.m.i. della DGR n. XII/2966/2024 in riferimento al gruppo di patologie indicato nel GRUPPO "E"</p> <p>Per l'individuazione dei singoli geni d'interesse per l'ambito oncologico il principale portale di riferimento è "COSMIC Catalogue of Somatic Mutations in Cancer" (https://cancer.sanger.ac.uk/cosmic) e i documenti di indirizzo/linee guida delle Società Scientifiche.</p>
84	<p>A) Per tumori primitivi, secondari (massimo 5 metastasi od oligoprogressioni), o recidivati dopo altra radioterapia</p> <p>B) Per disordini funzionali, MAV di dimensioni non superiori a 3 cm per la seduta singola, non superiori a 6 cm per le sedute frazionate</p>
85	<p>MALATTIE NON TUMORALI: a) malformazioni arterovenose. b) angiomi cavernosi. c) epilessia. d) nevralgia del trigemino. e) patologia cerebrale funzionale. f) malattia di Parkinson. g) demenze. MALATTIE TUMORALI: pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate [1) metastasi cerebrali singole o multiple (in associazione o in alternativa a pan-irradiazione encefalica). 2) recidive di gliomi ad alto grado di malignità già sottoposti a radioterapia conformazionale. 3) neoplasie encefaliche pediatriche. 4) meningiomi maligni (WHO III) o atipici (WHO II) come trattamento postoperatorio in alternativa al trattamento radioterapico conformazionale. 5) meningiomi tipici (WHO I) inoperabili per sede (in particolare meningiomi del seno cavernoso e meningiomi del tentorio). 6) recidive di meningiomi di qualsiasi grado di differenziazione. 7) adenomi ipofisari. 8) schwannomi vestibolari. 9) melanoma dell'uvea. 10) tumori retro-orbitali (sarcomi, linfomi, metastasi). 11) patologia neoplastica del distretto ORL primitiva o recidivante dopo altra terapia] in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) PS 0-2. b) massimo 5 metastasi od oligoprogressioni. c) tumore primitivo controllabile o controllato</p>
86	Linfoma cutaneo a cellule T. La prestazione è intesa come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche
87	Per il condizionamento nel trapianto di midollo osseo in pazienti affetti da leucemie e/o linfomi e/o mielomi
89	Secondo le indicazioni definite dal decreto attuativo degli artt. 3 e 21 della Legge 219/2005

NOTA	DESCRIZIONE
92	<p>La prestazione è erogabile alle condizioni specificate al DPCM/ 2017 come integrate alle condizioni indicate nella Tabella 2 e nella Tabella 4 dell'Allegato 2 Sub "Allegato 1 Medicina di Laboratorio" e s.m.i. della DGR n. XII/2966 /2024 in riferimento al gruppo di patologie indicate nel GRUPPO "A" o "C" o "D" o "E".</p> <p>1) Per l'individuazione dei singoli geni in ambito della genetica costituzionale, si fa riferimento a quelli con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo (il portale di riferimento inclusivo di diversi database collegato ad "Orphanet" è "Gene Curation Coalition" https://search.thegencc.org/) e i documenti di indirizzo/linee guida delle Società Scientifiche;</p> <p>2) Per l'individuazione dei singoli geni in ambito oncologico somatico il portale di riferimento è "COSMIC Catalogue of Somatic Mutations in Cancer" (https://cancer.sanger.ac.uk/cosmic) e i documenti di indirizzo/linee guida delle Società Scientifiche</p>
93	<p>La prestazione è erogabile alle condizioni specificate al DPCM/2017 come integrate alle condizioni indicate nella Tabella 2 e nella Tabella 4 dell'Allegato 2 Sub "Allegato 1 Medicina di Laboratorio" e s.m.i. della DGR n. XII/2966/2024 in riferimento al gruppo di patologie indicate nel GRUPPO "B" o "C"</p> <p>1) Per l'individuazione dei singoli geni in ambito della genetica costituzionale, si fa riferimento a quelli con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo (il portale di riferimento inclusivo di diversi database collegato ad "Orphanet" è "Gene Curation Coalition" https://search.thegencc.org/) e i documenti di indirizzo/linee guida delle Società Scientifiche;</p> <p>2) Per l'individuazione dei singoli geni in ambito oncologico somatico il portale di riferimento è "COSMIC Catalogue of Somatic Mutations in Cancer" (https://cancer.sanger.ac.uk/cosmic) e i documenti di indirizzo/linee guida delle Società Scientifiche.</p>
94	La prestazione è erogabile alle condizioni specificate secondo raccomandazioni AIFA / EMA
97	<p>Pazienti in assenza di malattia metastatica, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) il trattamento abbia finalità radicali curative. b) PS: 0-2 ECOG. c) non siano presenti concomitanti malattie o comorbidità invalidanti che riducano in maniera significativa l'attesa di vita: 1) carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari. 2) tumori del tronco encefalico (esclusi i tumori intrinseci diffusi del ponte) e del midollo spinale. 3) sarcomi del distretto cervico-cefalico, paraspinali, retroperitoneali e pelvici. 4) sarcomi delle estremità ad istologia radioresistente (osteosarcoma, condrosarcoma). 5) meningiomi intracranici in sedi critiche (stretta adiacenza alle vie ottiche e al tronco encefalico). 6) tumori orbitari e periorbitari (es. seni paranasali) incluso il melanoma oculare. 7) carcinoma adenoideo-cistico delle ghiandole salivari. 8) tumori solidi pediatrici. 9) tumori in pazienti affetti da sindromi genetiche e malattie del collagene associate ad un'aumentata radiosensibilità. 10) recidive che richiedono il ritrattamento in un'area già precedentemente sottoposta a radioterapia. 11) cordomi e condrosarcomi della base del cranio e del rachide.</p>
98	Per la valutazione dell'idoneità al trapianto di organi, tessuti o cellule, per le verifiche di compatibilità e per il follow up dei soggetti sottoposti a trapianto.
101	<p>MALATTIE TUMORALI: pazienti con una delle forme tumorali sottoelencate, in cui siano presenti tutte le seguenti condizioni: a) PS 0-2; b) massimo 5 metastasi od oligoprogressioni; c) tumore primitivo controllabile o controllato: 1) metastasi cerebrali singole o multiple (in associazione o in alternativa a pan-irradiazione encefalica); 2) recidive di gliomi ad alto grado di malignità già sottoposti a radioterapia conformazionale; 3) neoplasie encefaliche pediatriche; 4) meningiomi maligni (WHO III) o atipici (WHO II) come trattamento postoperatorio in alternativa al trattamento radioterapico conformazionale; 5) meningiomi tipici (WHO I) inoperabili per sede (in particolare meningiomi del seno cavernoso e meningiomi del tentorio); 6) recidive di meningiomi di qualsiasi grado di differenziazione; 7) adenomi ipofisari; 8) schwannomi vestibolari; 9) melanoma dell'uvea; 10) tumori retro-orbitali (sarcomi, linfomi, metastasi); 11) patologia neoplastica del distretto ORL primitiva o recidivante dopo altra terapia; 12) recidive dei tumori del rinofaringe o di tumori a partenza da altre sedi del distretto ORL dopo trattamento di</p>

NOTA	DESCRIZIONE
	<p>prima linea; 13) tumori della base del cranio (cordomi e condrosarcomi); 14) localizzazioni di tumori rari del distretto testa/collo (paragangliomi, carcinoma a cellule di Merkel); 15) lesioni neoplastiche polmonari; 16) lesioni neoplastiche epatiche; 17) neoplasie pancreatiche; 18) neoplasie prostatiche; 19) neoplasie addominali primitive o secondarie; 20) lesioni spinali neoplastiche.</p> <p>MALATTIE NON TUMORALI: a) malformazioni arterovenose; b) angiomi cavernosi; c) epilessia; d) nevralgia del trigemino; e) patologia cerebrale funzionale; f) malattia di Parkinson; g) demenze; h) lesioni spinali non neoplastiche.</p>

Indicazioni di appropriatezza prescrittiva

Le indicazioni di appropriatezza prescrittiva, disciplinate dal DPCM/2017 definiscono specifiche condizioni riferite allo stato clinico o personale del destinatario, alla particolare finalità della prestazione - terapeutica, diagnostica, prognostica o di monitoraggio di patologie o condizioni – al medico prescrittore, all'esito di procedure o accertamenti pregressi, e sono erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale a seguito di una autonoma e responsabile valutazione del medico prescrittore circa la loro utilità nel singolo caso clinico, fermo restando l'obbligo di riportare sulla ricetta il solo quesito clinico o sospetto diagnostico.

NOTA	DESCRIZIONE
15	<p>A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanale e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore.</p> <p>B) SOSPETTO ONCOLOGICO: RM DUBBIA O POSITIVA: per la migliore valutazione della componente scheletrica con dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit neurologici agli arti inferiori.</p> <p>C) COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE in pazienti in cui è controindicata la RM.</p> <p>D) PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice</p>
16	Secondo indicazioni contenute nelle Linee guida per la gravidanza fisiologica
17	<p>A) PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica</p> <p>B) POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee</p> <p>C) Diagnosi e monitoraggio delle Osteomieliti croniche.</p>
18	<p>A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiologici.</p> <p>B) SOSPETTO ONCOLOGICO: Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami radiologici o alla scintigrafia ossea</p>
19	Standard tecnico: sonde endo vaginali ad alta frequenza (5 MHz). Via transaddominale: a fini integrativi o in caso di impossibilità di accesso per via vaginale.
20	In associazione ad indagini di laboratorio 90.17.6 e 90.17.8 secondo Linee guida per la gravidanza
21	Secondo Linee guida per la gravidanza

NOTA	DESCRIZIONE
22	A) DOLORE RACHIDEO E/O SINTOMATOLOGIA DI TIPO NEUROLOGICO, resistente alla terapia, della durata di almeno due settimane. B) TRAUMI RECENTI E FRATTURE DA COMPRESSIONE
23	Studio di stadiazione oncologica. In ambito pediatrico. Forme precoci di Spondilite anchilosante non radiologicamente evidenti ovvero di Mielopatia spondilogenetica. Diagnosi e monitoraggio della Sclerosi multipla
24	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Dolore violento, recente, ingravescente. In presenza di deficit motori o sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori anche in assenza di dolore. B) SOSPETTO ONCOLOGICO: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. Anche in assenza di dolore in presenza di deficit motori e sensitivi degli arti superiori o rigidità piramidale degli arti inferiori. C) SOSPETTA INFEZIONE: dolore ingravescente continuo anche a riposo e con persistenza notturna. In presenza di febbre, recenti infezioni batteriche, terapie immunosoppressive, HIV. D) COMPLICANZE POST-TRAUMATICHE
25	Studio di stadiazione oncologica o in ambito pediatrico. dubbio diagnostico di stenosi del canale midollare
26	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di lesione osteocondrale dubbia alla Rx. In caso di dolore persistente con sospetta lesione legamentosa ed ecografia negativa o dubbia. B) POST-CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: Non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis). Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM
27	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: indicata nel caso di sospette lesioni legamentose intra-articolari con dolore persistente e/o blocco articolare. valutazione preliminare alla artroscopia. B) POST-CHIRURGICA: Non indicata inizialmente. Migliore valutazione delle eventuali complicanze. C) SOSPETTA INFIAMMAZIONE: Non indicata inizialmente. Solo dopo Rx negativa, ecografia positiva e test di laboratorio probanti per la malattia artritica per la valutazione dell'estensione del processo flogistico articolare alla componente cartilaginea e scheletrica (early arthritis). Non ripetibile prima di almeno 3 mesi ed in funzione del quadro clinico-laboratoristico. Nei quadri di degenerazione artrosica è indicato l'esame radiologico ed inappropriato l'esame RM
28	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Indagine di scelta per la stadiazione locale di una neoplasia accertata B) SOSPETTO ONCOLOGICO: Indicata per la migliore valutazione delle strutture muscolari e tendinee
30	Diagnosi di tumori neuroendocrini
31	A) Diagnosi delle porfirie B) Intossicazioni da piombo
32	Di norma prescrivibile come indagine di I livello in caso di danno epatico noto o sospetto (anche da farmaci potenzialmente epatotossici) da valutare o monitorare
33	Indagine di I livello in caso di sospetta malnutrizione o di patologie epatiche e/o renali.
34	Indagine di II livello nella diagnosi di patologie muscolari

NOTA	DESCRIZIONE
36	Diagnosi dell'irsutismo
38	A) come screening in tutti i soggetti di età superiore a 40 anni. in assenza di valori alterati, modifiche dello stile di vita o interventi terapeutici, l'esame è da ripetere a distanza di 5 anni. B) nei soggetti con malattia cardiovascolare o qualsiasi fattore di rischio noto (cardiovascolare, familiarità per malattie dismetaboliche, eventi cardiovascolari precoci, dislipidemia anche in trattamento secondo nota AIFA, ecc)
39	A) Indagine di II livello nella diagnosi di patologie muscolari B) Pazienti con malattia cardiovascolare in trattamento con statine
40	Indagine di II livello per il monitoraggio di: A) patologie renali croniche B) malattie dismetaboliche
41	In associazione con 88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA CON STUDIO DELLA TRNASLUCENZA NUCALE. Incluso: studio della translucenza nucale e consulenza pre e post test combinato per la determinazione del rischio prenatale di anomalie cromosomiche (PRIMO TRIMESTRE)
43	Per la valutazione della riserva ovarica nella donna fertile
44	A) MONITORAGGIO DI CARCINOMI (neuroendocrini, carcinomi indifferenziati e a piccole cellule, carcinomi polmonari) B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO: di norma su indicazione specialistica, in situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia. Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening
45	Indicata nei pazienti con patologie primitive o secondarie: a) ossee b) epatobiliari
46	Indagine di II livello utile nella diagnosi e nel monitoraggio delle patologie ossee
47	A) Malattie renali croniche. B) Alterazioni del metabolismo del calcio.
48	Utile nella diagnosi in caso di sospetta malattia emolitica e diseritropoietica
49	Utile nella diagnosi e prognosi delle patologie pancreatiche
50	In caso di sospetto malassorbimento, alcolismo e nei pazienti con ipocloremia, ipocalcemia e/o disturbi del ritmo cardiaco
51	In pazienti con accertate o sospette patologie muscolari.
52	Indagine di I livello nella diagnosi e nel monitoraggio di molte patologie, prevalentemente renali, epatiche ed enteropatie proteino-disperdenti. Il loro dosaggio evidenzia lo stato nutrizionale
53	Portatori di protesi impiantabili metallo su metallo
54	Diagnosi di Fibrosi Cistica
55	A) alterazioni del metabolismo renale. B) monitoraggio delle terapie citotossiche. C) nella patologia gottosa
56	Indagine di II livello per la diagnosi di diatesi emorragiche
57	Nella diagnosi ma non nel monitoraggio delle tiroiditi
58	A) MONITORAGGIO di carcinoma ovarico e uterino, peritoneo e mesotelio. B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO PER CARCINOMA OVARICO: su prescrizione specialistica in situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia. Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening.
59	MONITORAGGIO di carcinoma mammario

NOTA	DESCRIZIONE
60	A) MONITORAGGIO di adenocarcinomi del pancreas, delle vie biliari, dello stomaco e del polmone. B) COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO: su prescrizione specialistica situazioni nelle quali altri accertamenti, in particolare imaging, indichino la presenza di una neoplasia. Si esclude l'utilizzo della prestazione come prima prestazione diagnostica/di screening
61	MONITORAGGIO di a) carcinoma mammario. b) adenocarcinomi in qualsiasi sede
63	DIAGNOSI E SORVEGLIANZA di: a) carcinoma squamoso del polmone. b) adenocarcinoma delle vie biliari. c) carcinoma squamoso in qualunque sede
64	In emergenza emorragica con sospetto sovradosaggio di eparina a basso peso molecolare o di Xabani
66	Test di II livello, da effettuare quando il prick-test non è eseguibile o esaustivo, di norma su indicazione specialistica
67	Per l'inquadramento delle allergie reaginiche (rinocongiuntivite allergica, asma allergico, dermatite atopica, orticaria, allergia alimentare) da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esaustivo
68	A) Esame complementare nella diagnosi di alveoliti allergiche estrinseche. B) In Allergologia avanzata per valutare il grado di tolleranza avvenuta in caso di desensibilizzazione nell'allergia al veleno di imenotteri e di allergia alimentare, su prescrizione specialistica
69	Indagine di III livello, su prescrizione specialista allergologo
71	Test di II livello per la diagnosi di piastrinopatia
72	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche congenite
73	Solo se HBsAg Positivo
74	Contestualmente all'esito positivo dell'HBsAg
77	Per la diagnostica delle orticarie croniche, a seguito di visita specialistica
78	Test di primo livello per l'inquadramento delle allergie reaginiche (Rinocongiuntivite allergica, Asma allergico, Dermatite atopica, Orticaria) da erogare, di norma, contestualmente alla visita specialistica
79	Sospetta dermatite allergica da contatto, erogabile, di norma, a seguito di visita specialistica
80	Approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia a farmaci, su indicazione dello specialista allergologo
81	A seguito di visita allergologica
82	Diagnostica dell'orticaria su verosimile base autoimmune, rilevata in corso di visita allergologica
83	In caso di sospetta allergia al veleno di imenotteri rilevata in corso di visita allergologica, su prescrizione dello specialista allergologo
88	A) Pazienti la cui tolleranza all'esercizio fisico è limitata da disfunzione dei muscoli respiratori o da patologie cardiologiche e/o pneumologiche B) preparazione ad intervento chirurgico addominale o toracico C) svezzamento dalla ventilazione meccanica D) patologie neuromuscolari
90	Su indicazione specialistica
91	Per le seguenti patologie, su indicazione dello specialista dermatologo: 1) malattie linfoproliferative della cute, 2) Psoriasi di grado moderato non responsiva a terapia topica, 3) Vitiligine, 4) Eczemi, 5) Prurigo, 6) altre malattie infiammatorie cutanee responsive alla fototerapia. 7) desensibilizzazione di alcune fotodermatosi. Prima dell'inizio della terapia è necessario effettuare il dosaggio degli ANA ed escludere la presenza di eventuali patologie fotomodulate o fotoaggravate
99	Test di II livello, da effettuare quando il prick test non è eseguibile o esaustivo

NOTA	DESCRIZIONE
100	Approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia a farmaci o veleni, su indicazione dello specialista allergologo
102	su indicazione dello specialista allergologo
103	La prestazione è prescrivibile per approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia complessa, su prescrizione dello specialista allergologo o prescrizione specialistica o indicazione dello specialista allergologo. Di norma nel paziente adulto è prescrivibile una sola volta.

REGOLE GENERALI

Prestazioni erogabili in una ricetta

Con la ricetta si prescrivono

- visite specialistiche;
- indagini di laboratorio;
- indagini di diagnostica strumentale;
- prestazioni di medicina fisica e riabilitazione;
- prestazioni terapeutiche.

In ogni ricetta possono essere prescritte **fino ad un massimo di otto prestazioni specialistiche della medesima branca**.

Non possono essere prescritte, in un'unica ricetta, prestazioni afferenti a branche diverse.

Per la relazione tra branche specialistiche e prestazioni si deve fare riferimento all'Allegato 1 nelle colonne da 5 a 14 (da "BS_1 a BS_5_DES").

Le prestazioni che afferiscono alla Branca "Altre prestazioni " sono erogate da specialisti di diverse branche specialistiche (anche in funzione dell'organizzazione delle singole strutture erogatrici).

Qualora una delle prestazioni incluse in tale elenco sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni ad essa complementari, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate, deve essere considerata come appartenente a tale branca.

Prestazioni ad accesso diretto (senza ricetta)

L'ACN e l'art 16, comma 3 del DPR n. 271/2000, consente l'accesso diretto per le seguenti specialità: Ostetricia e Ginecologia, Odontoiatria, Pediatria (limitatamente agli assistiti che non hanno scelto l'assistenza pediatrica di base), Oculistica (limitatamente alle prestazioni optometriche), Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile, salvi i casi di urgenza per i quali l'accesso diretto è consentito anche alle altre branche specialistiche.

Alla luce delle norme che regolano l'accesso alla specialistica ambulatoriale, in particolare in materia di partecipazione alla spesa, esenzioni, prenotazione (si veda l'intesa della Conferenza Stato

Regioni del 29 aprile 2010 “Sistema CUP- Linee guida nazionali”) e flusso ricetta dematerializzata, si ritiene che tale indicazione non sia applicabile al setting specialistico in senso stretto, per il quale la redazione dell'impegnativa è determinante ai fini del calcolo del ticket e all'applicazione di eventuali esenzioni (onere del medico e non di personale amministrativo), è vincolante ai fini prenotativi e al fine di rilevazione nel flusso ricetta Dematerializzata. È da escludere inoltre la possibilità dell'autoprescrizione (ovvero della prescrizione fatta dal medico erogante) in considerazione del fatto che gli erogatori privati accreditati sono impossibilitati a prescrivere.

L'indicazione dell'ACN si intende quindi applicabile al setting consultoriale, della Medicina dello Sport, della NPIA per le prestazioni dell'area Ginecologica, Psichiatrica e Neuropsichiatrica ed al Pronto Soccorso per le urgenze.

Per accedere ai seguenti ambiti di offerta non è quindi necessario venga compilata una ricetta.

- PREVENZIONE: Medicina Sportiva
 Tamponi
 Screening
- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- CONSULTORI
- ADI Assistenza Domiciliare Integrata

Rispetto a tali ambiti di offerta, il Nomenclatore verrà ulteriormente implementato, adottando specifici provvedimenti successivi, con cataloghi contenenti codici non sovrapponibili a quelli della specialistica ambulatoriale.

Modalità di calcolo della tariffa

La maggior parte delle **prestazioni codificate** nel Nomenclatore Regionale prevede l'erogazione e la rendicontazione di **una sola prestazione** per ricetta.

Fanno eccezione alcune prestazioni per cui è possibile ripetere, sia lo stesso codice nella medesima ricetta, sia valorizzare il campo numero con valori superiori a 1.

- 1) Prestazioni diagnostiche con indicazione della lateralità (destra/sinistra) dove non è prevista specifica codifica della bilateralità dell'esame.
- 2) Cicli di terapia che prevedono un numero di accessi superiore al limite fissato per singola prestazione.

Esami istopatologici su prelievi multipli. Ad esempio:

91.44.1 “ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per singolo lobo trattato”

In questo caso si considera una prestazione per lobo comprensiva dei campioni prelievi multipli di mapping.

3) Esami di Microbiologia e Virologia per l'analisi delle sequenze geniche. Ad esempio:

91.21.9 GENOTIPIZZAZIONE Microorganismi NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo, per 1200 pb moltiplicabile fino ad un massimo di 3 volte

91.12.B VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retro-trascrizione, amplificazione e rivelazione.

E' Richiedibile fino a massimo per 2 per la RICERCA AC. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI e fino a max di 4 virus per pannelli multiplex es. di Virus Respiratori (es. SARS CoV-2, Virus influenza A, B, RSV negli altri casi devono essere richieste ad esempio le seguenti prestazioni:

91.12.A VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione

Dal quinto microrganismo incluso nel pannello multiplex devono essere richieste ad esempio le seguenti prestazioni:

91.12.9 VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX -almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione”

90.83.A “ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS”

Fanno quindi eccezione le prestazioni che recano nella descrizione della singola voce le seguenti indicazioni di calcolo che permettono la corretta compilazione del campo numero.

Per seduta

Per molte prestazioni (radioterapia, rieducazione funzionale, dialisi, altre terapie) il valore della ricetta si ottiene moltiplicando il numero delle sedute per la tariffa (con dei limiti massimi di sedute indicati per singola prestazione).

Per medicazione

Per alcune prestazioni il valore della ricetta si ottiene moltiplicando il numero delle medicazioni effettuate per ferita. Ogni prescrizione di medicazione ha un limite massimo di medicazioni eseguibili oltre il quale la ricetta va chiusa.

Per determinazione

Per alcune prestazioni il valore della ricetta è calcolato per singola determinazione. Per ogni prestazione è previsto un numero massimo di determinazioni.

Per campione

Per gli esami su campioni di tessuti il valore della ricetta si ottiene moltiplicando il numero di singoli campioni analizzati per la tariffa.

Per altri esami dove è invece previsto un pacchetto minimo di campioni (mapping) al fine di diagnosticare una malattia la valorizzazione è per pacchetto singolo.

Ad esempio:

La prestazione 91.44.1 "ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per singolo lobo trattato"

In questo caso si considera una prestazione per lobo comprensiva dei sei campioni (prelievi multipli di mapping).

Per il DPCM/2107 (Allegato 4 LAB) la dizione "Per ciascun campione" così come recepito dalla DGR n. XII/2444/2024 e s.m.i., indica i campioni inviati al patologo dal clinico in contenitori separati e/o distinti per sottosede anatomica o per topografia settoriale indicata dal clinico stesso.

1) I campioni multipli devono pertanto essere inviati da parte del clinico in contenitori separati e identificati al fine di attribuire correttamente alla sede topografica del prelievo, la lesione diagnosticata dal patologo.

2) La prestazione ambulatoriale è conteggiata con riferimento a ciascun separato contenitore.

3) La eventuale suddivisione del campione in fase di preparazione nel reparto di anatomia patologica in frammenti multipli per l'allestimento di più sezioni istologiche rappresentative della

lesione, non modifica il conteggio della prestazione. Pertanto, anche un campione operatorio più voluminoso (ad esempio un grosso polipo inviato in unico contenitore) continua ad essere un campione singolo qualunque sia il numero di prelievi il patologo effettui per la preparazione delle sezioni istologiche da esaminare al microscopio.

4) Parimenti più prelievi messi dal clinico in un unico contenitore, devono essere registrati come prestazione unica intendendosi “per ciascun campione” tutto quanto effettivamente presente nel contenitore inviato dal clinico stesso.

5) Per quanto concerne gli esami citologici, nei casi in cui il campione non sia inviato dal clinico in apposito contenitore (come accade per urine, escreato, broncolavaggio, liquidi, versamenti o lavaggi) ma sotto forma di apposizione o striscio già allestito e fissato su vetrino portaoggetti, “per campione” deve intendersi un set di vetrini fino a 5.

Si precisa inoltre quanto segue per gli esami citologici e istopatologici.

Per tutti gli esami citologici e istopatologici l'esecuzione dell'esame comprende oltre all'accettazione e alla preparazione con descrizione macroscopica del campione, l'allestimento tecnico, l'esame microscopico, la refertazione secondo classificazioni e terminologie valide e generalmente accettate da società scientifiche accreditate.

L'allestimento tecnico comprende di norma la fissazione, l'inclusione, il taglio al microtomo di una o più sezioni, la colorazione standard e tutte le colorazioni speciali aggiuntive, le reazioni istochimiche, enzimatiche, immunochimiche o in fluorescenza che, a giudizio del patologo e sulla base delle evidenze della letteratura scientifica, sono appropriate per formulare una diagnosi accurata, completa e clinicamente rilevante, comprensiva di eventuali fattori prognostici e predittivi di indicazione terapeutica.

A parziale deroga della suddetta regola generale possono essere erogate a carico del SSN le seguenti prestazioni così come specificato nel DPCM/2017 allegato 4 LAB

Per arcata/emiarcata

Per diverse terapie odontoiatriche il valore della ricetta si ottiene moltiplicando il numero di arcate / emiarcate sottoposte a trattamento.

Per singolo dosaggio/determinazione

Nel dosaggio di enzimi, amminoacidi e fattori della coagulazione (13 codici) il codice descrive la prestazione in termini generali mentre le determinazioni sono richieste in modo specifico. Ogni dosaggio di un singolo elemento viene quindi usato come base di calcolo per la determinazione del valore della ricetta. Ad esempio:

Istidina, Leucina, Metionina = 3 amminoacidi=codice 90.07.2 n 3 = 5,85 x 3 = 17,55

Per singolo allergene

Per alcuni test per allergie il valore della ricetta si ottiene moltiplicando la tariffa per il numero di singoli test eseguiti.

In particolare:

- per il seguente 90.68.1 "IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene", la prestazione può essere prescritta per singolo allergene non più di quattro volte, dal quinto allergene al sessantesimo allergene devono essere prescritte e rendicontate le prestazioni: 90.68.B e/o 90.68.C in funzione degli allergeni previsti. Dal sessantunesimo allergene in poi la prestazione 90.68.D.
- per il seguente 90.68.A "IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari fino ad un massimo di 12 allergeni" La prestazione può essere prescritta per singolo allergene come test di approfondimento non più di 12 volte. Dalla prescrizione del tredicesimo allergene deve essere prescritte e rendicontata la prestazione 90.68.D.

Per pannello di allergeni

Per altri test per allergie il valore della ricetta si ottiene calcolando il numero di pannelli per la tariffa. Il numero di test per pannello è prefissato e partendo dal numero di test si risale al numero di pannelli rendicontabili. In particolare:

- 90.68.B *IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni. Richiedibile fino al massimo di 5 volte.*
- 90.68.C *IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni. Richiedibile fino al massimo 5 volte.
La prestazione prevede fino a 12 allergeni e non meno di 5 allergeni.*

Esempio

TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Inclusa visita allergologica di controllo ha tariffa di 32,95.

Se si esegue un pannello con meno di 31 allergeni si conta 1 pannello. Per un numero di allergeni superiore a 30 si divide il numero di test per 30 ed in caso di resto si arrotonda al numero superiore

Esempio: per l'esecuzione di 64 test.

$$64:30=2,12 \text{ si arrotonda a } 3$$

Per singolo antigene

Nel tariffario sono presenti codici per la ricerca di specifici antigeni virali. Ad esempio:

91.13.6 VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene.

Per distretto fino a 4 muscoli

Per le prestazioni di elettromiografia in diversi distretti è prevista una tariffa per distretto fino a 4 muscoli, oltre il quarto muscolo e per i multipli di 4, va indicato un numero superiore di prestazioni.

Ad esempio:

Se si esegue un esame in un distretto con meno di 5 muscoli si conta una prestazione.

Per un numero di muscoli superiore a 4 si divide il numero di esami per 4 ed in caso di resto si arrotonda al numero superiore.

Per articolazione o distretto

In alcune prestazioni ortopediche (ecografia muscolo tendinea e studio sotto carico) è previsto che la tariffa sia moltiplicata per il numero di articolazioni / distretti trattati.

Regole specifiche per test sierologici

La richiesta di Anticorpi anti Batteri o Parassiti o Virus può includere nella singola prestazione, ove previsto a titolo esemplificativo:

- la determinazione sempre di IgG e IgM;
- la determinazione delle sole IgG o IgM;
- la determinazione di IgG e IgM ed eventuali IgA se IgM negative;
- la determinazione IgG e IgM ed eventuali IgA in funzione delle linee di indirizzo e percorsi diagnostici;
- la determinazione delle IgG e IgG Avidity;
- la determinazione delle IgG ed eventuale Immunoblotting, in caso di rilevazione delle IgG o IgG dubbie.

Quando nelle prestazioni sono indicate le dizioni sopra elencate si intende che la prestazione è inclusiva di tutte le determinazioni riportate nella descrizione e viene rendicontata come una sola prestazione nel flusso 28/SAN.

Prescrizione e rendicontazione sostanze d'abuso

Le prestazioni per le sostanze d'abuso si distinguono in:

- codice NTR 90.40.8 "SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9"
- codice NTR 90.40.9 "SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening. Non associabile a 90.40.8"

Le due prestazioni sopra indicate hanno significato e obiettivi diversi e devono essere erogate da Laboratori Clinici specificamente identificati nei termini indicati nella DGR n. VIII/9097/2009 e s.m.i a scopo clinico o medico legale.

La prestazione 90.40.8 "SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9." fa riferimento ai test di prima istanza, in genere eseguiti con metodi immunometrici, che permettono di stabilire la presenza o l'assenza nelle Urine [U] o nel Sangue [S, P, Sg] almeno delle sostanze (classi o singole sostanze), si precisa che i metodi su card o analoghi sono assimilati.

Questa prestazione quando prescritta prevede, in accordo alle indicazioni dell'Allegato 4 (FAR) del DPCM/2017, nello stesso campione di sangue, urine o altra matrice biologica la ricerca e determinazione almeno delle seguenti sostanze o classi di sostanze:

- OPPIACEI. Escluso: NALTREXONE
- BUPRENORFINA
- METADONE
- COCAINA
- CANNABINOIDI
- AMFETAMINE
- METOSSIAMFETAMINE (ECSTASY)
- LSD
- BARBITURICI (*)
- BENZODIAZEPINE (*)

(*) Codificare con ""Cod. SOSTANZE D'ABUSO"" in caso di sospetto abuso di tali farmaci; in tutti gli altri casi codificare con 90.17.B

La prestazione 90.40.9 "SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI", in accordo con quanto specificato nell'Allegato 4 (FAR) del DPCM 2017, può essere erogata a carico del SSR in caso di positività al test di prima istanza se necessario un eventuale approfondimento diagnostico, in genere eseguito con metodi

(cromatografici) in Spettrometria di Massa. Questa prestazione, inoltre, fa riferimento all'identificazione e/o dosaggio di altre sostanze d'abuso non esplicitamente riportate nella lista delle "SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING" qualunque sia il metodo di dosaggio utilizzato.

Regole specifiche per test batteri e miceti

Il DPCM/2017 per la parte della diagnostica diretta di batteri e miceti tramite isolamento colturale ha rivoluzionato i contenuti del precedente NTR adeguandolo alle reali esigenze clinico diagnostiche. Infatti, per tali prestazioni di norma si include l'identificazione e l'antibiogramma o l'antimicogramma.

Tali prestazioni si suddividono in:

A) Prestazioni generiche in cui non è prevista la specifica identificazione di un microorganismo, ad esempio:

- *ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni (Codice NTR 90.93.3)*
- *ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma (Codice NTR 90.93.7)*
- *ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma (codice NTR 90.93.J).*

In questi casi devono essere ricercati tutti quei microorganismi potenzialmente patogeni così come specificato nelle linee di indirizzo, nelle linee guida e nei percorsi diagnostici.

B) Prestazioni che prevedono l'identificazione di uno o più microorganismi specifici come, ad esempio, le seguenti prestazioni a solo titolo esemplificativo, ad esempio:

- “ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma” (Codice NTR: 90.93.A);
- “ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria

gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA" (codice NTR 90.93.C).

In questi casi devono essere ricercati e deve essere data risposta sulla presenza o assenza almeno dei microrganismi indicati nella prestazione, incluso l'eventuale antibiogramma. Tuttavia, il riscontro occasionale di altri microrganismi potenzialmente patogeni deve essere riportato nel referto, incluso l'esito dell'antibiogramma, così come specificato nelle linee di indirizzo e/o guida e/o nei percorsi diagnostici proposti dalle Società Scientifiche.

Casi di prestazioni multiple erogate in periodi differiti

Infine, qualora esigenze diagnostiche lo richiedano, nella medesima ricetta possono essere prescritte fino a **otto prestazioni diagnostiche identiche** delle quali il cittadino può usufruire presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto alle esigenze diagnostiche e comunque entro tre mesi dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate.

Vengono di seguito riportati alcuni esempi.

Monitoraggio del ciclo mestruale (3 o 4 Estradiolo + 3 o 4 Progesterone); Monitoraggio di sospetta gravidanza extrauterina (2 o più Gonadotropina corionica subunità beta);

Esame citologico delle urine o dell'escreato per ricerca di cellule neoplastiche su tre o più campioni; ricerca di micobatteri nelle urine o nell'escreato su tre o più campioni; esame colturale delle feci su tre o più campioni.

Per i pazienti affetti dalle forme morbose di cui al D.M. 28 maggio 1999 n. 329, esentati dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale correlate a tali forme morbose, sulla medesima ricetta possono essere prescritte più prestazioni dello stesso tipo, fino ad un massimo di otto, da eseguirsi presso la medesima struttura in momenti successivi, entro un periodo massimo di tre mesi.

Come indicato nella nota del 3 dicembre 1999, protocollo n. 100/SCPS/16 18450, del Dipartimento della Programmazione del Ministero della Sanità, per le prestazioni recanti l'indicazione di ciclo appartenenti a branche specialistiche diverse dalla medicina fisica e riabilitazione, qualora le esigenze cliniche del paziente rendano necessario un ciclo terapeutico, queste possono essere

prescritte nella medesima ricetta fino a otto volte.

Inoltre, nella medesima ricetta possono essere prescritte fino a otto prestazioni terapeutiche identiche delle quali il cittadino può usufruire presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto al tipo di patologia e comunque entro tre mesi dall'effettuazione della prima prestazione.

In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate.

Modalità di individuazione, prescrizione e rendicontazione delle prestazioni cicliche

A partire dall'entrata in vigore del DPCM/2017, i medici possono compilare il campo **“numsedute”** per le prestazioni cicliche.

Le prestazioni interessate alla compilazione di tale campo sono unicamente quelle che contengono la denominazione della tipologia “sedute” e appartengono almeno alla branca 12 - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA nel DPCM 12 gennaio 2017.

Sono quindi escluse le prestazioni che riportano la tipologia “sedute” ma non afferiscono alla branca 12 - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA.

Le prestazioni che riportano la tipologia “sedute” e afferiscono alla branca 12- MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA ed eventualmente anche ad un'altra branca sono da trattare come cicliche (es. 93.15).

Le prestazioni cicliche nel nomenclatore sono definite con l'indicazione del numero di sedute possibili che va da un minimo ad un massimo.

La compilazione da parte dei medici delle ricette che contengono prestazioni cicliche deve essere effettuata nel seguente modo:

campo del tracciato “quantità”: il medico valorizza tale campo impostando sempre quantità ad 1. La compilazione del campo è obbligatoria e segue le regole della ricetta del SSN.

Qualora il medico abbia necessità di prescrivere una quantità di cicli maggiore di 1, deve compilare la ricetta inserendo più righe per la prestazione ciclica.

campo del tracciato “numsedute”: il medico inserisce il numero di sedute che ritiene necessarie e che vengano erogate a fronte del numero di cicli prescritti.

La compilazione del campo è facoltativa. Il SistemaTS controlla che il campo numsedute, se

compilato, deve essere compreso tra il numero minimo e il numero massimo, estremi compresi, indicato nel DPCM 12 gennaio 2017.

Casi d'uso:

- *Prescrizione di una prestazione afferente esclusivamente alla branca 12 - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (es. 93.11.8 - RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle “funzioni dell'apparato digerente” secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute); questa prestazione verrà trattata sia in prescrizione che in erogazione come prestazione ciclica permettendo la compilazione del n. sedute nel caso in cui il prescrittore l'abbia ritenuto necessario.*
- *Prescrizione di una prestazione afferente sia alla branca 12 - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA che ad un'altra (es. 93.15 - MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute); questa prestazione verrà trattata sia in prescrizione che in erogazione come prestazione ciclica (permettendo la compilazione del n. sedute nel caso in cui il prescrittore l'abbia ritenuto necessario) anche nel caso in cui nella ricetta sia associata a prestazione afferente ad altra branca.*
- *Nel caso in cui una prestazione riporti nel DPCM 12 gennaio 2017 la tipologia “sedute”, ma non sia associata alla branca 12 - MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (es. 39.95.3 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO Per seduta. ciclo fino a 13 sedute) non deve essere trattata come prestazione ciclica: non deve essere compilato il campo del tracciato “numsedute”. Viene ripetuta fino ad un massimo di 8 per ricetta specificandolo il campo del tracciato “quantità” trattandosi di prestazione ripetibile. In prescrizione laddove compilato il SAC restituirà un errore bloccante.*

MODALITÀ DI PRESCRIZIONE E RENDICONTAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ALLERGOLOGIA

Il medico prescrittore può prescrivere i singoli allergeni o i pannelli previsti in funzione della prestazione necessaria per la diagnosi e monitoraggio della patologia su base allergica.

Per i singoli allergeni:

- Per la seguente prestazione codice 90.68.1 “IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene”, la prestazione può essere prescritta per singolo allergene non più di quattro volte, dal quinto allergene al sessantesimo allergene sono automaticamente rendicontate le prestazioni: 90.68.B e/o 90.68.C in funzione degli allergeni previsti. Dal sessantunesimo allergene in poi la prestazione 90.68.D.
- Per la seguente prestazione codice 90.68.A “IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari fino ad un massimo di 12 allergeni per ricetta” La prestazione può essere prescritta per singolo allergene come test di approfondimento non più di 12 volte. Dalla prescrizione del tredicesimo allergene in poi deve essere prescritta la prestazione 90.68.D.

Per i pannelli di allergeni:

- 90.68.B IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni. Richiedibile fino al massimo di 5 volte.
- 90.68.C IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni. Richiedibile fino al massimo di 5 volte.

Le prestazioni prevedono fino a 12 allergeni e non meno di 5 allergeni.

Il pannello esteso di allergeni per l'analisi allergologica completa deve essere prescritto come singola prestazione: codice prestazione *90.68.D IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE quantitativo o /e semiquantitativo ANALISI ALLERGOLOGICA COMPLETA (oltre 60 allergeni).*

RENDICONTAZIONI EXTRA-NOMENCLATORE

Somministrazione di farmaci in ambulatori

Nell'erogazione di prestazioni che prevedono l'utilizzo di un farmaco, questo deve essere sempre fornito dall'ambulatorio erogante e non dall'assistito.

Dove è precisato, le prestazioni del nomenclatore di cui all'allegato 1, ricomprendono nella tariffa anche il costo del farmaco.

Negli altri casi è possibile rendicontare in File F il farmaco impiegato.

Infatti, la variabilità del costo del farmaco utilizzato è troppo elevata e non consente la definizione di una tariffa univoca. In questi casi quindi la rendicontazione del farmaco avverrà separatamente attraverso i flussi informativi ad hoc.

Chemioterapie iniettive

La codifica delle chemioterapie ambulatoriali può essere effettuata con il codice 99.25 o con lo stesso codice associato a somministrazioni intratecali o intracavitare come nello schema seguente.

TIPO DI SOMMINISTRAZIONE	CODICE	DESCRIZIONE
PER INFUSIONE ENDOVENOSA (E.V.)	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco
PER INIEZIONE INTRAMUSCOLARE (I.M.)		
PER INIEZIONE SOTTOCUTANEA (S.C.)		
PER INIEZIONE NEL FLUIDO SPINALE (CHEMIOTERAPIA INTRATECALE)	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Incluso farmaco. Per Iniezione endorachide di antitumorali codificare anche 99.25
	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco
PER INIEZIONE NELLA CAVITÀ PERITONEALE (CHEMIOTERAPIA INTRACAVITARIA)	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITÀ PERITONEALE. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)
	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco
PER INIEZIONE NELLA CAVITÀ TORACICA (CHEMIOTERAPIA INTRACAVITARIA)	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITÀ TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Iniezione per collasso del polmone
	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco

Macroattività Ambulatoriale ad alta Complessità - MAC

Per uniformare il contenuto della rendicontazione del file F alle tipologie del tracciato Nazionale si ricorda che le tipologie 5 e 3 (precedentemente in uso) non sono più utilizzabili e si devono utilizzare i codici DD e CO (nota regionale prot. n. G1.2023.0047856 del 27/11/2023).

Si prevede inoltre, nel breve periodo una revisione delle MAC, sia in termini di tipologia di prestazioni che di appropriato setting di erogazione, che sarà oggetto di specifico provvedimento regionale.

Le prestazioni MAC pertanto sono attualmente, in fase transitoria, mantenute nel tariffario con invio al Ministero in “tipologia C”, come da successiva tabella.

Per la normativa si rimanda al seguente elenco:

- Nota Regione Lombardia H1.2012.0037659 del 24/12/2012
- DGR IX/1479 del 30 marzo 2011
- DGR IX/1962 del 6 luglio 2011
- DGR IX/2633 del 6 dicembre 2011
- Circolare 14/SAN del 29 dicembre 2011
- DGR IX/2946 del 25 gennaio 2012
- Circolare 1/SAN del 30 gennaio 2012
- Verbale GdL del 22 febbraio 2012
- Verbale GdL del 09 maggio 2012
- Verbale GdL del 21 giugno 2012
- Verbale GdL del 13 settembre 2012
- Nota Regione Lombardia H1.0010932 del 10 aprile 2013
- DGR X/1185 del 20 dicembre 2013
- Nota Regione Lombardia H1.2014.0002969 del 24 gennaio 2014

Analgesia: blocco anestetico

Sono previsti quattro codici

CODICE	DESCRIZIONE
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento
05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco

Nel SISS la prestazione “INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA” troverà il dettaglio dei principali blocchi.

CODICE_SISS	DS_PRESTAZIONE_SISS
490531.1	BLOCCO GANGLIO STELLATO CERVICALE
490531.2	BLOCCO GANGLIO CELIACO
490531.3	BLOCCO GANGLIO SIMPATICO LOMBARE
490531.4D	BLOCCO SIMPATICO REGIONALE ARTO SUPERIORE DX
490531.4S	BLOCCO SIMPATICO REGIONALE ARTO SUPERIORE SX
490531.5D	BLOCCO SIMPATICO REGIONALE ARTO INFERIORE DX
490531.5S	BLOCCO SIMPATICO REGIONALE ARTO INFERIORE SX

Iniezioni endoarticolari

La terapia infiltrativa ha effetto nel ridurre la sintomatologia dolorosa all'interno delle articolazioni (anca, ginocchio, spalla, faccette articolari lombari e cervicali, piccole articolazioni della mano e del piede).

Si iniettano principalmente cortisonici e acido ialuronico (ma anche plasma, cellule staminali, farmaci biologici, estratti di placenta), direttamente all'interno dell'articolazione (infiltrazioni intra-articolari), per il trattamento di molteplici patologie dell'apparato locomotore.

Ossigeno ozono terapia

81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO O NELLE BORSE O NEI TENDINI. [Comprende Iniezione Ossigeno Ozono terapia a controllo fotometrico U.V. Ex 93.96.1]. Incluso: eventuale guida ecografica. Farmaco incluso. Per seduta.
-------	--

Con la Circolare Ministeriale del 13.01.2003, protocollata da Regione Lombardia – Giunta Sanità Prot. n. H1.2003.0002005 veniva autorizza la prestazione Ossigeno-Ozono Terapia cod. 93.96.1, in sede lombare, nei soggetti con ernia discale contenuta o protrusione discale, con effetti compressivi sulla radice nervosa, senza compromissione della funzionalità stessa.

Con l'entrata in vigore del Nuovo Tariffario Regionale e l'utilizzo nel nuovo codice 81.92, la sede lombare rimane l'unica sede corporea possibile oggetto di trattamento con oneri a carico del SSN. Quindi, attualmente, la prestazione cod. 81.92 quando si intende Iniezione Ossigeno Ozono terapia a controllo fotometrico U.V., sarà rendicontabile a carico del SSR solo per l'indicazione terapeutica "Ernia Discale Lombare".

Terapie iniettive oculistica

Rispetto al DPCM/2017 è stata modificata la descrizione della prestazione 14.79, nella quale al posto di farmaco incluso è stato precisato che i farmaci antiangiogenici vanno rendicontati nel File F.

CODICE	DESCRIZIONE
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco (anestetici, antibiotici e antinfiammatori)
12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco
12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post-intervento. Incluse le sostanze
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre-procedura.
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare. Incluso farmaco

Rendicontazione sperimentale del costo dei dispositivi in AMB4

All'interno del Nomenclatore introdotto dal DPCM/2017 sono state individuate diverse prestazioni a tariffa fissa che prevedono il consumo o il noleggio di dispositivi ad alto costo. Considerata la variabilità dei costi dei dispositivi e la particolare dinamica osservabile nel tempo, viene introdotta in via sperimentale la rilevazione dei costi di alcuni dispositivi associabili a specifiche prestazioni, in modo da costituire un costante osservatorio dei prezzi.

Da questo osservatorio deriverà la possibilità di eventuale correzione delle tariffe o di differenziazione delle stesse, sulla base dei dati raccolti.

Già nel 2025 potranno essere introdotti meccanismi di integrazione tariffaria per sostenere il costo delle prestazioni laddove il costo dei dispositivi risultasse non compatibile con le tariffe.

Tale modalità risponde anche alle specifiche esigenze previste della DGR XII n. 2602 del 24/06/2024 dove veniva introdotto per la prima volta il flusso AMB4 limitatamente alla sola casistica odontoiatrica.

Elenco delle prestazioni a cui sarà possibile associare record nel flusso AMB4

CODICE	DESCRIZIONE	NOTE
03.99.1	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	Dispositivo di accesso peridurale
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino	Lenti
13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lente	
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	Perno endocanalare
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	Protesi dentaria
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione.	Apparecchi ortodontici
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione.	
31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	Protesi fonatoria
37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	Loop recorder

CODICE	DESCRIZIONE	NOTE
37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	Pacemaker
37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	
37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	
38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	Cateteri venosi femorali
38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	
38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	
38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	
38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	Cateteri venosi centrali
38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELLIZZAZIONE	
38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE	
38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE	
38.97	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port].Incluso: radiografia di controllo	
38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	
38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	Fistola venosa per dialisi
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	
45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	Microcamera ingeribile
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO O NELLE BORSE O NEI TENDINI. [Comprende Iniezione Ossigeno Ozono terapia a controllo fotometrico U.V. Ex 93.96.1]. Incluso: eventuale guida ecografica. Farmaco incluso. Per seduta.	Acido ialuronico
86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	Accesso vascolare totalmente impiantabile
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE. In caso di monitoraggio mediante defibrillatore indossabile rendicontare in AMB4 il costo del noleggio mensile in associazione ad una prestazione di monitoraggio che va erogata con la stessa cadenza.	NOLEGGIO defibrillatori indossabili

TIPO	DESCRIZIONE TIPO	PRESTAZIONI NOMENCLATORE ASSOCIABILI	AREA
1A	PACE MAKER MONOCAMERALE	37.85; 37.86	CARDIOLOGIA
1B	PACE MAKER MONOCAMERALE VDDR	37.85; 37.86	
1C	PACE MAKER BICAMERALE	37.87	
1D	LOOP RECORDER	37.79.1	
2A	LENTE SFERICA	13.70.1; 13.71; 13.72	OCULISTICA
2B	LENTE ASFERICA	13.70.1; 13.71; 13.72	
2C	LENTE TORICA	13.70.1; 13.71; 13.72	
2D	LENTE EDOF ASFERICA	13.70.1; 13.71; 13.72	
2E	LENTE EDOF TORICA	13.70.1; 13.71; 13.72	
2F	LENTE DA FISSAZIONE SCLERALE	13.70.1; 13.71; 13.72	
2G	LENTE DA CAMERA ANTERIORE	13.70.1; 13.71; 13.72	
3A	VIDEOCAPSULA INGERIBILE PER INDAGINE ENDOSCOPICA	45.13.1	GASTROENTEROLOGIA
4A	DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE	86.07; 38.95.1; 38.95.2; 38.95.3; 38.95.4; 38.95.6; 38.95.8; 38.95.9; 38.95.A; 38.97; 38.97.1; 38.97.2; 39.27; 39.27.1; 39.42	NEFROLOGIA
4B	CATETERE VENOSO FEMORALE	86.07; 38.95.1; 38.95.2; 38.95.3; 38.95.4; 38.95.6; 38.95.8; 38.95.9; 38.95.A; 38.97; 38.97.1; 38.97.2; 39.27; 39.27.1; 39.42	
4C	CATETERE VENOSO CENTRALE	86.07; 38.95.1; 38.95.2; 38.95.3; 38.95.4; 38.95.6; 38.95.8; 38.95.9; 38.95.A; 38.97; 38.97.1; 38.97.2; 39.27; 39.27.1; 39.42	
4E	DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE	03.99.1	
5A	PERNO ENDOCANALARE	23.41.3; 23.41.5	ODONTOIATRIA

TIPO	DESCRIZIONE TIPO	PRESTAZIONI NOMENCLATORE ASSOCIABILI	AREA
5B	PROTESI PARZIALE (PER ARCATA)	23.43.1	ODONTOIATRIA
5C	PROTESI TOTALE (PER ARCATA)	23.43.2	
5D	APPARECCHIO MOBILE	24.70.1	
5E	APPARECCHIO FISSO	24.70.2	
6	SIRINGA PRERIEMPITA PER INFILTRAZIONI A BASE DI ACIDO IALURONICO	81.92	ORTOPEDIA
7	PROTESI FONATORIA	31.98.1	OTORINOLARINGOIATRIA
8	CANONE NOLEGGIO MENSILE DEFIBRILLATORE INDOSSABILE	89.48.2	ELETTROFISIOLOGIA

CODIFICA DELLA PATOLOGIA NEL QUESITO DIAGNOSTICO

Test genomici costituzionali e somatici

I criteri di indicazione del quesito diagnostico sotteso ai test genetici sono già stati descritti nella DGR XII/2444/2024 e s.m.i.

Indicazioni generali

- **Per la diagnosi di patologie di origine genetica** i test di genetica medica (Molecolare e/o citogenetica) sono prescrivibili dallo specialista Medico Genetista o di uno Specialista di branca, ed erogabili solo a seguito dell'acquisizione del consenso informato raccolto dal prescrittore o nell'ambito della consulenza genetica associata al test. (Patologie Gruppo A e B);
- **Per la diagnosi e il monitoraggio di patologie oncoematologiche** i test di genetica molecolare e/o citogenetica sono prescrivibili ed erogabili, per confermare la diagnosi e/o definire la prognosi, a seguito di indagini (biochimiche, ematologiche, morfologiche) su prescrizione specialistica. (Patologie Gruppo C);
- **Per la diagnosi di patologie immunogenetiche** sono indicate la prescrizione e l'erogazione dei test di genetica molecolare, a seguito di indagini (biochimiche, ematologiche, morfologiche) e valutazioni specialistiche, su prescrizione specialistica, previa acquisizione del consenso informato (Patologie Gruppo D);
- **Per la diagnosi di patologie oncologiche** i test di genetica molecolare e/o citogenetica su materiale biotico sono prescrivibili ed erogabili a seguito di indagini (istologiche e morfologiche) e di valutazioni specialistiche, su prescrizione specialistica (. In questo caso il consenso informato è necessario solo qualora le mutazioni geniche somatiche possano avere origine germinale. Il consenso informato deve essere acquisito prima dell'accesso all'analisi somatica secondo le modalità sopra riportate. Patologie Gruppo E)

Per le indicazioni di dettaglio sulle condizioni di appropriatezza prescrittiva e le condizioni di erogabilità di ciascun test per patologia si deve fare riferimento alle tabelle 0, 1, 2 e 4 dell'Allegato 2 Sub "Allegato 1 Medicina di Laboratorio" e s.m.i. della DGR n. XII/2966/2024 e s.m.i. in riferimento al gruppo di patologie indicate nel GRUPPO "A" o "C" o "D" o "E".

Codici Patologia e condizione di erogabilità

Per i Test Genomici (Genetica Medica, Anatomia Patologica, Patologia Clinica ed Immunoematologia) si rimanda a quanto previsto dalle note 76, 92, 93 e 98 ed in particolare per la gestione del quesito diagnostico all'Allegato 2 Sub "Allegato 1 Medicina di Laboratorio" e s.m.i. della DGR n. XII/2966/2024.

Nell' Allegato 2 Sub "Allegato 1 Medicina di Laboratorio" e s.m.i. nelle Tabelle 0, 2 e 4 sono indicate le condizioni di appropriatezza ed erogabilità per patologia.

Nelle Tabelle 1, 2 e 4 del su citato Allegato 2, in funzione dei contenuti del DPCM/2017 Allegato 4 GEN e di ulteriori più aggiornate specifiche regionali, per ciascuna prestazione del catalogo SISS sono indicate le condizioni di erogabilità, le note di appropriatezza prescrittiva e il riferimento alle patologie e i relativi codici necessari alla prescrizione.

In particolare, le saranno sottoposte a monitoraggio continuo per verificare l'appropriatezza prescrittiva le prestazioni del catalogo SISS con descrizione generica delle seguenti prestazioni:

- *G1.01 - "Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo";*
- *G1.02.X - "Analisi mutazionale che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi genetica di malattia. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo, incluso il test di conferma delle varianti refertate. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G1.02.X";*
- *G1.11.X - "Analisi mutazionale che necessita da 11 a 50 geni per la diagnosi genetica di malattia. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo, incluso il test di conferma delle varianti refertate. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G1.11.X";*
- *G1.31.X - "Analisi mutazionale che necessita oltre 50 geni per la diagnosi genetica di malattia, incluso l'intero genoma o l'esoma. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo incluso il test di conferma delle varianti refertate. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G1.31.X";*
- *G8.01 - "ANALISI DI SEQUENZE GENICHE Analisi somatica di singolo gene inclusa la valutazione quantitativa – qualunque metodo. Rendicontabile quando la somma delle singole*

tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.01, non ripetibile”;

- *G8.02 - “ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Analisi somatica a bassa complessità (su DNA e RNA, da 2 a 20 geni refertati) qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.02”;*
- *G8.03 - “ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Analisi somatica a media complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni refertati) Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.03”;*
- *G8.04 - “ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Analisi somatica ad alta complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni refertati) Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.04”;*

Il monitoraggio ha l'obiettivo di favorire l'aggiornamento del catalogo SISS adeguando così l'offerta diagnostica all'esigenze clinico assistenziali e tenere in equilibrio il finanziamento della Medicina di Laboratorio.

Radioterapia

Per poter meglio effettuare una ricerca dei trattamenti radioterapici suddivisi per sede e per finalità, riducendo la dispersione di informazioni e con evidente vantaggio sulla rilevazione dei percorsi di cura e/o di indicatori di qualità, verrà introdotta una regola di scrittura per il quesito diagnostico.

In attesa di un'implementazione informatica che ne consenta l'applicazione pratica, verrà utilizzato uno specifico sviluppo del catalogo SISS che permetta la codifica di:

- Sede del trattamento
- Finalità (curativa esclusiva, palliativa, neoadiuvante, integrativa)
- Stadio del tumore (primitivo, metastatico)

Si prevede di introdurre lo sviluppo del catalogo SISS, già predisposto dal Gruppo di Lavoro Regionale, con specifico provvedimento deliberativo indicativamente entro il primo semestre 2025.

Elenco delle sedi/tipo tumori trattati

CODICE	SEDE
A	ENCEF. E MID.
B	TESTA COLLO
C	MAMMELLA
D	TORACICI
E	ESOF. E STOM.
F	GENITOURINARI
G	PANCR. E FEGATO
H	GINECOLOGICI
J	RETTO E ANO
K	MELANOMA E CUTE
M	EMATOLOGICI
Z	ALTRO

Elenco delle possibili finalità e dello stadio del tumore

CODICE	DESC/INTENTO
1	TRATT. PALL. TUM. PRIM.
2	TRATT. CUR. NEOAD. TUM. PRIM.
3	TRATT. CUR. ESCLUS. TUM. PRIM.
4	TRATT. CUR. INTEGR. TUM. PRIM.
5	TRATT. CUR. ADIUV. TUM. PRIM.
6	TRATT. PALL. TUM. MET.
7	TRATT. CUR. ESCLUS. TUM. MET.
8	TRATT. CUR. INTEGR. TUM. MET.

REGOLE SPECIALI DELLA FASE DI TRANSIZIONE

Prestazioni previste dal DPCM /2017 e aggiunte da Regione Lombardia

Ad ogni Regione e Provincia Autonoma viene data la possibilità di aggiungere nei propri nomenclatori regionali ulteriori prestazioni rispetto a quelle presenti nel DPCM 12 gennaio 2017 (di seguito: “integrazione regionale”): i codici di tali prestazioni devono essere inviati al Sistema TS negli archivi denominati “nomenclatore regionale”, “transcodifica nomenclatori” e “catalogo regionale” secondo quanto indicato nelle relative specifiche tecniche pubblicate nel sito www.sistemats.it.

I codici prestazione possono quindi essere così classificati in cinque tipologie (A, B, C, D, E) di seguito specificate.

Tipologia A)

Codici nazionali corrispondenti alle prestazioni previste nel DPCM 12 gennaio 2017. Non è possibile da parte delle Regioni/P.A. gestire codici regionali corrispondenti ai codici nazionali.

Non tutti i codici nazionali sono stati per ora recepiti nel Nomenclatore regionale. Si elencano nelle tabelle seguenti le prestazioni momentaneamente non inserite, alcune delle quali potranno essere oggetto di valutazioni successive.

Prestazioni obsolete o già incluse in altre prestazioni (esempio Reflex)

90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5
90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.5)
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)
90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II
90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)
90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione
91.01.A	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE
91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione
91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione
91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione
91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI
90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA.

Prestazioni che sono state aggregate in altri codici

90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1
45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON
G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo

G1.41	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 41 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.42	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 42 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.43	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 43 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.44	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 44 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.45	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 45 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.46	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 46 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19
G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGENETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1

Prestazioni duplicate

88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM
90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpina con misura conduttivimetrica
90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO
91.6R.1	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della translucenza nucale. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della translucenza nucale (88.78.4)

Prestazioni Bassa Intensità Chirurgica – BIC

Tali prestazioni saranno a breve revisionate e oggetto di una specifica delibera.

04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post-intervento
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o trans perineale
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI
81.16	ARTRODESI METATARSOFALENGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo

81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO
86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA
86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA

Prestazioni di Procreazione Medicalmente Assistita – PMA.

Tali prestazioni verranno revisionate e saranno oggetto di una specifica delibera

65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]
69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.
69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.
69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo
69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica
69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica
69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.
69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.
69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI

69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA
---------	--

Prestazioni che i gruppi di lavoro hanno definito obsolete o non praticabili

87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto
87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI
88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi
93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)

Prestazioni ridondanti.

Per questa categoria è prevista una regola diversa di applicazione

42.24.1	BIOPSIA DELL' ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione. Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2).
45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1;45.16.2)
45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)
45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 44.14.1
45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24) Non associabile a 45.26.1
45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1
45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1

Tipologia B)

Codici regionali ricondotti ad un codice LEA nei casi in cui le Regioni/P.A. abbiano introdotto nei

propri Nomenclatori prestazioni che, seppur diversamente codificate o descritte, sono comunque riconducibili a prestazioni già previste nei LEA.

Non sono state previste nel nomenclatore regionale prestazioni di questa tipologia.

Tipologia C)

Codici regionali non ricondotti ad un codice LEA ma che comunque non rappresentano Livelli Aggiuntivi Regionali (LAR) (esempio reflex, trasferimenti setting, pacchetti, ecc..).

Le regioni attraverso il Coordinamento devono trasmettere alla Commissione LEA una richiesta per tali codici in modo che siano corrispondentemente aggiornati i LEA.

I codici delle singole prestazioni componenti un codice della Tipologia C) devono essere trasmessi al Sistema TS, secondo quanto descritto nella relativa specifica tecnica.

Sono le prestazioni solo lombarde o modifiche concordate con altre regioni.

Tabella prestazioni LEA non riconducibili al codice nazionale

23.11.B	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA. Incluso: visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, eventuale alveoloplastica, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (per settore)
23.19.B	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE. Incluso: visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, eventuale alveo plastica, medicazioni, rimozioni punti, visita di controllo; (per settore)
38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
38.69	ALTRA ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO INFERIORE. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA PEG. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA in corso di EGDS (45.13)
68.16.2	BIOPSIA DELL'UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
80.61	ASPORTAZIONE ARTROSCOPICA DI CARTILAGINE SEMILUNARE DEL GINOCCHIO se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
83.01	ESPLORAZIONE DELLA FASCIA TENDINEA AD ECCEZIONE DELLA MANO. Incluso: Visita anestesilogica ed anestesia, esami pre-intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo

87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC
87.37.5	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC
88.92.C	RM MAMMARIA MONO/BILATERALE
89.07.1	VISITA MULTIDISCIPLINARE SENOLOGIA
89.26.A	PERCORSO DI SCREENING DNA FETALE NON INVASIVO DA SANGUE MATERNO
90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH)
90.47.6	TIPIZZAZIONE DEGLI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA profilo). Almeno 8 antigeni
90.50.6	ANTICORPI ANTI COMPLESSO EPARINA (PF 4)
90.52.R	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA) - Reflex Non associabile a: ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA) (cod. 90.52.4) ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA) (cod. 90.52.1)
90.53.R	Celiachia Diagnosi Reflex Inclusi: Anticorpi Anti-Transglutaminasi (AtTG) IgA e IgA totali, eventuali Anticorpi Anti Endomisio (EMA) ed eventuali Anticorpi Anti Gliadina Deamidata (DGP-AGA) IgG
90.68.D	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE quantitativo o /e semiquantitativo ANALISI ALLERGOLOGICA COMPLETA (oltre 60 allergeni)
90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA MEDIANTE TEST DI SIMMEL
90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (CURVA)
90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE: RICERCA
90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE
91.19.R	HCV - Reflex. Incluso: 91.19.5 HCV anticorpi, eventuale 91.19.4 HCV analisi quantitativa RNA, eventuale 91.20.2 HCV tipizzazione genomica
91.24.D	SCREENING TRIAGE CITOLOGICO HPV
91.41.2	ES. ISTOLOGICO DI AGOBIOPSIA DEL FEGATO. Per campione
91.43.3	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea per campione
91.47.D	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 16 antigeni
91.47.E	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 24 antigeni
91.47.F	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 40 antigeni
91.47.Q	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA. (PDL 1 CPS e /o TPS) quando necessario prescrivibile massimo 1 volta per lo stesso episodio patologico
99.79.1	LDL AFERESI SELETTIVA
G1.02.H	ANALISI SEQUENZE GENICHE DA 3 A 11 GENI PER TIPIZZAZIONE HLA AD ALTA RISOLUZIONE. Sequenziamento qualunque metodo incl. Sequenziamento massivo parallelo
G1.02.X	Analisi mutazionale che necessita da 2 a 10 geni per la diagnosi genetica di malattia. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo, incluso il test di conferma delle varianti refertate Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G1.02.X
G1.11.X	Analisi mutazionale che necessita da 11 a 50 geni per la diagnosi genetica di malattia. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo, incluso il test di conferma delle varianti refertate. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G1.11.X

G1.31.X	Analisi mutazionale che necessita oltre 50 geni per la diagnosi genetica di malattia, incluso l'intero genoma o l'esoma. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo incluso il test di conferma delle varianti refertate. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G1.31.X
G8.01	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE Analisi somatica di singolo gene inclusa la valutazione quantitativa – Qualunque metodo, rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.01, non ripetibile.
G8.02	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Analisi somatica a bassa complessità (su DNA e RNA, da 2 a 20 geni refertati) qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.02.
G8.03	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Analisi somatica a media complessità (su DNA e RNA, da 21 a 60 geni refertati) Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.03
G8.04	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE AD AMPIO SPETTRO - Analisi somatica ad alta complessità (su DNA e RNA, più di 60 geni refertati) Qualunque metodo, incl. sequenziamento massivo parallelo. Rendicontabile quando la somma delle singole tariffe delle prestazioni alternative è superiore alla tariffa di G8.04
88.74.B	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE CON E SENZA MDC. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5, 88.76.6, 88.79.K
88.75.A	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE CON E SENZA MDC. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.7
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo (file F 5 e 3)
MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica (file F 5 e 3)
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci orali o IM
MAC05	Terapia di supporto (idratazione, alimentazione parenterale, correzione di effetti collaterali da chemioterapia, terapie marziali, supporto trasfusionale, manovre interventistiche terapeutiche tipo toracentesi e paracentesi ecc)
MAC06	Pacchetto riabilitativo ad alta complessità
MAC07	Pacchetto riabilitativo a media complessità.
MAC08	Pacchetto riabilitativo a bassa complessità
MAC09	Somministrazione di terapia infusioneale in pz con patologie acute o croniche che non necessitano di ricovero o in post-ricovero per terminare trattamento iniziato

MAC10	Somministrazione di terapia infusionale, con farmaci che richiedono monitoraggio di eventuali effetti collaterali, in pz con patologie acute o croniche
MAC11	Manovre diagnostiche complesse invasive semplici (es. Puntura lombare)
MAC12	Manovre diagnostiche complesse (biopsie epatiche) oppure rese complesse da particolari condizioni del paziente che necessita osservazione in ambiente protetto (es. biopsia ossea in piastrinopenico)

Tipologia D)

I codici regionali che costituiscono Livelli Aggiuntivi Regionali (LAR) (non transcodificabili né riconducibili).

Al momento non sono previste prestazioni della Tipologia D

Tipologia E)

Prestazioni nazionali a scadenza (in relazione ai rispettivi stanziamenti di bilancio). Il Ministero della Salute trasmette al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) e alle Regioni, tali prestazioni con le relative scadenze stabilite nei decreti attuativi per la gestione di questi fondi straordinari.

Sono al momento previste tre prestazioni

91.30.7 ANALISI DI SEQUENZE GENICHE MEDIANTE SEQUENZIAMENTO MASSIVO PARALLELO PER CARCINOMA NON A PICCOLE CELLULE NON SQUAMOSO (ADENOCARCINOMA) METASTATICO DEL POLMONE CITO/ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATO

91.30.8 ANALISI DI SEQUENZE GENICHE MEDIANTE SEQUENZIAMENTO MASSIVO PARALLELO PER COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA DELLE VIE BILIARI AVANZATO, CITO/ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATO, SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO SISTEMICO

91.30.6 TEST GENOMICI PER PATOLOGIA MAMMARIA NEOPLASTICA IN STADIO PRECOCE ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATA

Che sostituisce il codice precedentemente deliberato. **91.2F.9 TEST GENETICO SOMATICO PER PATOLOGIA MAMMARIA ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATA**

PRESTAZIONI RICONDUCIBILI AL SETTING DI EROGAZIONE ALL'INTERNO DELL'ATTIVITA' DI PRONTO SOCCORSO

Sono mantenute nel tariffario le prestazioni rendicontabili solo in PS

79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA
79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA
79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA
79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA
79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA
79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA
79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA
79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA
79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA
79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO
79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO
79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO
96.33	LAVANDA GASTRICA; Incluso: posizionamento sondino naso-gastrico (96.6A)
99.38	SOMMINISTRAZIONE DI ANATOSSINA TETANICA [vaccino antitetanico]
99.56	SOMMINISTRAZIONE DI ANTITOSSINA TETANICA [Immunoglobuline antitetaniche]

Validità delle ricette

Le prestazioni saranno prescrivibili a carico del SSR a partire dal 30 dicembre 2024. Dalla stessa data si avvia la prenotazione e l'erogazione delle prestazioni contenute.

A partire dal 30 dicembre 2024 le ricette mediche specialistiche prescritte in tutte le regioni e province autonome dai medici del SSN dovranno essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017.

Per le ricette mediche dematerializzate, il Sistema Tessera Sanitaria imposta il corrispondente controllo bloccante, sulla base dell'elenco dei codici nazionali resi disponibili dal Ministero della salute **e dei cataloghi e di eventuali codici regionali resi disponibili da ciascuna regione e provincia autonoma.**

La validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale. La ricetta conserva la propria validità fino alla data di effettiva erogazione se le prestazioni sono prenotate entro la scadenza di cui al primo periodo. Decorso tale periodo di validità le relative prescrizioni mediche

dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, anche sulla base delle informazioni inerenti alle eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome.

Le ricette prescritte prima del 30 dicembre 2024 sono accettabili in prenotazione per 180 giorni e le prestazioni contenute sono comunque erogabili e rendicontabili fino al 31 dicembre 2025 conservando le caratteristiche della prescrizione originale.

Per garantire criteri di erogabilità omogeni tra i due gruppi di ricette (prescritte prima e dopo lo spartiacque del 30 dicembre 2024) il catalogo regionale delle prestazioni SISS è stato aggiornato con i seguenti criteri:

- Gruppo 1: prestazioni con codice nomenclatore presente fino al 29/12/2024 e non più presente dal 30/12/2024. In questo caso il codice SISS rimane utilizzabile per gestire correttamente le prenotazioni e le erogazioni ma non più utilizzabile per nuove prescrizioni.
- Gruppo 2: prestazioni con codice nomenclatore presenti sia prima che dopo il 30/12/2024 ma che da questa data assumono un differente significato clinico (es: visita cardiologica di controllo che in precedenza non includeva l'esame ECG mentre dopo lo include) o che cambiano attributi amministrativi (es: cambio di branca). In questo caso è stato introdotto un nuovo codice SISS della prestazione, valido in prescrizione a partire dal 30/12/2024, per distinguere la prestazione a livello di CCR e dei sistemi di prenotazione / accettazione / erogazione.
- Gruppo 3: prestazioni con codice nomenclatore presente sia prima che dopo il 30/12/2024 e che non cambiano significato clinico né attributi amministrativi. In questo caso il codice SISS della prestazione resta generalmente invariato.
- Gruppo 4: prestazioni con codice nomenclatore non presente prima del 30/12/2024. In questo caso è stato introdotto un nuovo codice SISS.

Si precisa inoltre che nella seguente descrizione dell'algoritmo del calcolo del valore del ticket (partecipazione alla spesa), con data di utilizzo si intende:

- la data in cui viene registrata la prenotazione delle prestazioni incluse nella prescrizione (sia allo sportello, sia tramite CCR o altri sistemi online) per quelle che richiedono prenotazione (es: visite);
- la data di presentazione della prescrizione allo sportello per l'erogazione immediata, nel caso di quelle che non richiedono prenotazione (es: laboratorio).

Per le prestazioni del gruppo 1 il calcolo del valore delle prestazioni e del ticket sulla ricetta sarà basato sulla tariffa in vigore il 30/12/2024 fino ad esaurimento delle condizioni di prenotazione ed erogabilità descritte nel presente documento.

Per le prestazioni del gruppo 2 il calcolo del valore delle prestazioni e del ticket sulla ricetta sarà basato sulla tariffa in vigore il 29/12/2024 qualora queste fossero state prescritte prima del 30/12/2024 e sulla tariffa in vigore dal 30/12/2024 qualora prescritte dopo il 30/12/2024.

Per le prestazioni dei gruppi gruppo 3 il calcolo del valore delle prestazioni e del ticket sulla ricetta sarà basato sulla tariffa in vigore alla data di emissione della prescrizione se questa è maggiore o uguale al 30/12/2024, mentre si dovrà applicare la tariffa in vigore il 29/12/2024 per le prescrizioni emesse prima del 30/12/2024.

Per le prestazioni del gruppo 4 il calcolo del valore delle prestazioni e del ticket sulla ricetta sarà basato sulla tariffa in vigore alla data di emissione della prescrizione.

Si evidenzia che i criteri precedenti si possono riassumere in: per tutte le ricette emesse prima del 30/12/2024 vale la tariffa in vigore il 29/12/2024, mentre per tutte le ricette emesse successivamente vale la tariffa in vigore al momento dell'emissione della prescrizione.

Per tutte le prestazioni prenotate o erogate prima del 30/12/2024 vale la tariffa in vigore al momento della prenotazione o erogazione.

PRESTAZIONI E SERVIZI EROGABILI IN TELEMEDICINA

Premessa

Regione Lombardia, al fine di sostenere l'attivazione e la diffusione dei servizi di Telemedicina su tutto il territorio regionale, ritiene indispensabile definire in modo chiaro le codifiche e le rispettive tariffe delle tipologie di prestazioni e servizi sociosanitari erogabili in Telemedicina dai professionisti che operano in ambito ospedaliero e territoriale.

A tale proposito, Regione Lombardia ha impostato un primo sistema di identificazione, codifica e tariffazione delle principali prestazioni e servizi di Telemedicina, previsti dalla linea di investimento Missione 6 Componente 1 Sub Investimento 1.2.3.2 "Servizi di Telemedicina" del PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza).

Catalogo di prestazioni e servizi erogabili in modalità Telemedicina

Le prestazioni che Regione Lombardia ha individuato come idonee ad essere erogate in Telemedicina sono suddivise nelle seguenti due distinte tipologie:

A) Prestazioni di specialistica ambulatoriale già presenti o riconducibili ad una prestazione del nomenclatore regionale e nazionale, erogabili anche nella modalità Telemedicina, attraverso i servizi di Televisita, Teleassistenza e Telemonitoraggio

In tale casistica rientrano le prestazioni specialistiche già presenti nel nomenclatore regionale, quali:

- le visite di controllo di diverse specialità;
- le visite multidisciplinari anche erogate come prima visita;
- la visita a completamento della prima visita;
- le prestazioni erogabili da remoto da professionisti sociosanitari, quali le attività di rieducazione, di training, i colloqui psicologici e i colloqui per la raccolta di dati anamnestici, alcune tipologie di terapie educazionali, le prestazioni ostetriche di controllo anche per i bilanci di salute.

Per questa tipologia di prestazioni, qualora erogate in modalità Telemedicina, si applicano la medesima codifica e la medesima tariffa previste per la corrispondente prestazione erogata in presenza e definita nel nomenclatore nazionale.

In questa categoria rientrano, inoltre, le prestazioni relative al controllo in remoto dei dispositivi cardiaci elettrici impiantabili con codice prestazione e tariffa riconducibili alla prestazione in presenza, con un numero massimo di prestazioni erogabili per anno da parte dello stesso Ente Sanitario, in relazione alla tipologia del device.

Di seguito viene riportato l'elenco delle prestazioni della categoria A con le relative codifiche e il riferimento tariffario:

CODICE PRESCRIZIONE	PRESTAZIONE DI RIFERIMENTO TARIFFARIO	PRESTAZIONE
008901.04	89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up)
498901.01	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO
148901.05	89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO
088901.08	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO.
098901.09	89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO
128901.12	89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO
098901.14	89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO
528901.53	89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO
198901.18	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO.
588901.57	89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO
018901A	89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO
298901B.0	89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO.
018901C.1	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO.
348901D	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO.
358901E.1	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO.
648901F.1	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO
368901G	89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO
388901H	89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO.
688901L	89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO.
698901N	89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO
708901P	89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO
438901Q	89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO.
998901R	89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE

CODICE PRESCRIZIONE	PRESTAZIONE DI RIFERIMENTO TARIFFARIO	PRESTAZIONE
098901S	89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
568901W	89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO
998901Y	89.01.Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO.
3394121	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
378901.36	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO
378901.37	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO
998902	89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA
018907	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE
0189071	89.07.1	VISITA MULTIDISCIPLINARE SENOLOGIA
0193111	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE
5693115	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO
5693116.0	93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO
0193117	93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute
5693118	93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute
5693119	93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute
569311A	93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI
569311B	93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE
569311C	93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI
569311D	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO
569311E	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
569311F	93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA
0193181.1	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE
0193182.1	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO
379337	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Ciclo di 12 sedute collettive
0193821	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute
0193822	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute
0193823	93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale
0193892	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute
0193893	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche. Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute
339409	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
389549	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI
00G901	G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST
009138L.01	91.38.L	CONSULENZA CLINICO DIAGNOSTICA RELATIVA A CASI ONCOLOGICI ED ONCOEMATOLOGICI
378901.37	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO
3789264.1	89.26.4	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO PRENATALE

CODICE PRESCRIZIONE	PRESTAZIONE DI RIFERIMENTO TARIFFARIO	PRESTAZIONE
3789264.2	89.26.4	BILANCIO DI SALUTE OSTETRICO, CONTROLLO POSTNATALE
0889481	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER
0889482	89.48.2	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
0889481.01	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI LOOP RECORDER

Regole di prescrizione per le prestazioni di controllo di pacemaker, defibrillatori o Loop recorder erogate in remoto:

- 0889481 -Controllo e programmazione di Pacemaker: Prestazione erogabile **massimo n.4** volte all'anno dallo stesso erogatore
- 0889481 -Controllo e programmazione di Defibrillatore Impiantabile – Prestazione erogabile **massimo n.4** volte all'anno dallo stesso erogatore
- 0889481.01- Controllo e programmazione di Loop Recorder – Prestazione erogabile **massimo n.8** volte all'anno dallo stesso erogatore

B) Prestazioni specialistiche e Percorsi clinico-assistenziali erogati in Telemedicina attraverso i servizi di Teleconsulto, Teleassistenza e Telemonitoraggio, non presenti né riconducibili a prestazioni incluse nel nomenclatore regionale e nazionale.

Al fine di promuovere la collaborazione multiprofessionale e riconoscere le attività svolte da ruoli professionali diversi, sono state identificate le seguenti prestazioni:

- il Teleconsulto medico, nelle due modalità di Teleconsulto tra Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta e Specialista e Teleconsulto tra Specialisti. Tali prestazioni possono essere erogate da professionisti sanitari che afferiscono alla stessa organizzazione sanitaria, ad organizzazioni sanitarie della stessa Regione ovvero a organizzazioni sanitarie di differenti Regioni. Se l'assistito è presente durante il Teleconsulto la prestazione è riconducibile ad una visita Multidisciplinare erogata in telemedicina.
- I Percorsi di Telemonitoraggio base, a gestione ospedaliera, integrata e territoriale, che verranno descritti nelle istruzioni operative relative agli scenari di applicazione dei servizi minimi di telemedicina, oggetto di successivo provvedimento della Direzione Generale Welfare.
- Gli Interventi assistenziali, non compresi nelle prestazioni descritte nel punto A, e inseriti nell'ambito di un piano assistenziale come Percorsi di Teleassistenza infermieristica o di altro professionista sanitario.

Di seguito viene riportato l'elenco delle prestazioni della categoria B con le relative codifiche e tariffe:

TARIFFA	CODICE	PRESTAZIONE
360 euro	TM.01	PERCORSO DI TELEMONITORAGGIO DI LIVELLO 1 A GESTIONE OSPEDALIERA (piano trimestrale rinnovabile). Include Visita specialistica di controllo di fine percorso e Teleassistenza.
240 euro	TM.02	PERCORSO DI TELEMONITORAGGIO DI LIVELLO 1 A GESTIONE INTEGRATA (piano trimestrale rinnovabile). Include Visita specialistica di controllo di fine percorso e Teleassistenza.
120 euro	TM.03	PERCORSO DI TELEMONITORAGGIO DI LIVELLO 1 A GESTIONE TERRITORIALE (piano trimestrale rinnovabile). Include Percorso di Teleassistenza.
riconducibile a 89.01	TC.01	TELECONSULTO MMG/PLS-SPECIALISTA
riconducibile a 89.01	TC.02	TELECONSULTO SPECIALISTA-SPECIALISTA
30,8 euro	TA.01	PERCORSO DI TELEASSISTENZA INFERMIERISTICA (almeno 4 prestazioni al mese, nell'ambito di un piano assistenziale). Non associabile a TM 0.1, TM 0.2, TM 0.3.
30,8 euro	TA.02	PERCORSO DI TELEASSISTENZA DI ALTRO PROFESSIONISTA SOCIO SANITARIO (almeno 4 prestazioni al mese, nell'ambito di un piano assistenziale). Non associabile a TM 0.1, TM 0.2, TM 0.3

Modalità di rendicontazione delle prestazioni e servizi di Telemedicina

Le prestazioni e che rientrano nella tipologia A) verranno rendicontate da ciascun Ente Sanitario che le eroga con le stesse modalità attualmente definite per le prestazioni di specialistica ambulatoriale (Flusso informativo di specialistica ambulatoriale e Flusso di gestione delle prescrizioni elettroniche). Le prestazioni specialistiche erogate in modalità Televisita e Teleassistenza e rendicontate con i flussi esistenti, per essere riconosciute, dovranno comunque essere registrate nell'ambito dei servizi messi a disposizione dell'Infrastruttura Regionale di Telemedicina.

Le prestazioni che rientrano nella tipologia B) verranno tracciate e trasmesse direttamente attraverso una raccolta periodica di dati registrati sull'Infrastruttura Regionale di Telemedicina e validati preventivamente da ciascun Ente Sanitario.

Estensione del catalogo

A seguito della prima attuazione del sistema di identificazione, codifica e tariffazione dei servizi di Telemedicina sul territorio regionale e a seguito delle prime evidenze dei volumi di prestazioni e servizi di Telemedicina erogati, Regione Lombardia potrà proporre l'estensione del catalogo a ulteriori tipologie di prestazioni e di servizi aggiuntivi.