

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO

PRECEDENTI AGGIORNAMENTI DEL TARIFFARIO	3
LEGENDA DEI CODICI CONTENUTI NELL'ALLEGATO 1	5
CODICI IDENTIFICATIVI DELLE PRESTAZIONI	5
CONDIZIONI DI EROGABILITA' CORRELATE ALLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA.....	5
ALTRI SIMBOLI	7
BRANCHE SPECIALISTICHE	7
CONDIZIONI DI EROGABILITA'	9
INDICAZIONI DI APPROPRIEZZA PRESCRITTIVA.....	11
CONDIZIONI PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA.....	14
REGOLE GENERALI	17
PRESTAZIONI EROGABILI IN UNA RICETTA.....	17
MODALITA' DI CALCOLO DELLA TARIFFA.....	18
<i>REGOLE SPECIFICHE PER TEST SIEROLOGICI.....</i>	<i>21</i>
<i>REGOLE SPECIFICHE PER TEST BATTERI E MICETI</i>	<i>21</i>
<i>CASI DI PRESTAZIONI MULTIPLE EROGATE IN PERIODI DIFFERITI</i>	<i>22</i>
ACCESSO SENZA PRESCRIZIONE SU RICETTA.....	23
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBULATORI	24
<i>CHEMIOTERAPIE INIETTIVE</i>	<i>24</i>
<i>MAC</i>	<i>24</i>
<i>ANALGESIA: BLOCCO ANESTETICO</i>	<i>25</i>
<i>INIEZIONI ENDOARTICOLARI</i>	<i>26</i>
<i>OSSIGENO OZONO TERAPIA.....</i>	<i>26</i>
<i>TERAPIE INIETTIVE OCULISTICA.....</i>	<i>27</i>
CODIFICA DELLA PATOLOGIA NEL QUESITO DIAGNOSTICO	28
GENETICA MEDICA	28
RADIOTERAPIA.....	28

PRECEDENTI AGGIORNAMENTI DEL TARIFFARIO

DGR n. 18664 del 29 settembre 1996	
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 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 15324 del 28 novembre 2003 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2004"	Tariffario
DGR 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 5743 del 31 ottobre 2007 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2008"	Revisione delle tariffe
DGR 8501 del 26 novembre 2008 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2009"	Revisione delle tariffe
DGR 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 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 11270 del 10 febbraio 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2010 II provvedimento"	Integrazioni
DGR 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 937 del 1° dicembre 2010 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011"	Integrazioni
DGR 2057 del 28 luglio 2011 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2011 -III provvedimento"	Integrazioni
DGR 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 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 inappropriatazza di cui al vigente patto per la salute"	Elenco BIC integrazioni esami laboratorio
DGR 1185 del 20 dicembre 2013 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario regionale per l'esercizio 2014"	Integrazioni MAC riabilitative
DGR 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 17/10/2014 "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 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 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 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 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 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 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 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 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 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 48 del 23 marzo 2023 "prevenzione del tumore della cervice uterina: aggiornamento delle indicazioni regionali"	Tariffario

DGR 957 del 18 settembre 2023 “Prime determinazioni in merito alle modalità d’introduzione del nuovo tariffario dell’assistenza specialistica ambulatoriale”	Tariffario
DGR 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

LEGENDA DEI CODICI CONTENUTI NELL’ALLEGATO 1

La tabella dell’allegato 1 presenta 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 1° aprile 2024

CODICI IDENTIFICATIVI DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni ambulatoriali sono costituite 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 EROGABILITA’ CORRELATE ALLA TIPOLOGIA DI STRUTTURA

Oltre che dal codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un simbolo che ne indica le specifiche condizioni che limitano l’erogabilità delle prestazioni ad alcuni tipi di strutture che sono state autorizzate.

Alcune codifiche sono previste dal DPCM 18 marzo 2017 nella Legenda dell'allegato 4.

Le prestazioni contrassegnate con la lettera **"H"** sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero accreditati.

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.
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 Per le sole prestazioni 91.47.8; 91.47.M; e 91.48.3 il Laboratorio Specialistico o Ultra specialistico di Anatomia Patologica	DGR n. XI//7044/2022 e s.m.i. e altre norme specifiche per singole prestazioni
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 e DGR VII/9097/2009
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 posseggono 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 prescrivibili o prenotabili.**

Il Nomenclatore verrà ulteriormente implementato con specifici cataloghi contenenti codici non sovrapponibili a quelli della specialistica ambulatoriale (criteri di accesso definiti nell'allegato 3) per i seguenti ambiti.

- PREVENZIONE: Medicina Sportiva
Tamponi
Screening
- NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
- CONSULTORI

- ASSISTENZA TERMALE

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 nel 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, ad esempio, delle IgG deve essere sempre eseguita, mentre ad esempio 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 e non va confuso il processo autorizzativo con i criteri di costruzione 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
008	Diagnostica per immagini	020	Ostetricia e ginecologia
009	Endocrinologia	021	Otorinolaringoiatria
010	Gastroenterologia	022	Pneumologia
011	Laboratorio	023	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia
012	Medicina fisica e riabilitazione	024	Radioterapia
007	Medicina nucleare	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 tali prestazioni.

CONDIZIONI DI EROGABILITA'

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, 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
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
42	Vedi allegato 4 (FAR)
62	Per le patologie/condizioni riportate nell'allegato Genetica (colonna D), su prescrizione specialistica
65	Prescrivibile solo in previsione di trapianto/donazione, trasfusione o in donne in gravidanza e in funzione preconcezionale
75	Secondo linee guida, in caso di patologia tumorale maligna già evidenziata
76	Allegato 4 GEN Colonna E
84	A) Per tumori primitivi, secondari (massimo 5 metastasi od oligoprogressioni), o recidivati dopo altra radioterapia 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

Nota	Descrizione
85	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.
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
92	La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna A, Colonna C e Colonna D con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, per la Colonna A 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, e per le Colonne C e D, ai geni specificamente indicati.
93	La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna B e Colonna C con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, si fa riferimento a quelli riportati nella Banca dati Orphanet, e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, con valore diagnostico per la Colonna B e ai singoli geni indicati nella Colonna C
94	Secondo raccomandazioni EMA
95	Secondo raccomandazioni EMA
96	Secondo raccomandazioni EMA
97	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 orbitali e periorbitali (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.
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	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

Nota	Descrizione
	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 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. 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

INDICAZIONI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

Le indicazioni di appropriatezza prescrittiva 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	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la valutazione delle strutture scheletriche. Meglio la RM per lo studio del tessuto endocanalare e dei tessuti molli. In presenza di deficit neurologici anche in assenza di dolore. 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. C) COMPLICANZE POST-CHIRURGICHE in pazienti in cui è controindicata la RM. D) PATOLOGIA SCHELETRICA NON ONCOLOGICA: per una migliore valutazione quando la RM non sia chiarificatrice
16	Secondo indicazioni contenute nelle Linee guida per la gravidanza fisiologica
17	A) PATOLOGIA TRAUMATICA: Non indicata inizialmente. Per valutazione scheletrica pre-chirurgica B) POST-CHIRURGICO: Non indicata inizialmente. Per una migliore valutazione dell'evoluzione clinica e di eventuali complicanze ossee C) Diagnosi e monitoraggio delle Osteomieliti croniche.
18	A) PATOLOGIA ONCOLOGICA: Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto positivo ai prioritari esami radiologici. B) SOSPETTO ONCOLOGICO: Per la migliore valutazione delle strutture scheletriche in presenza di reperto dubbio ai prioritari esami radiologici o alla scintigrafia ossea
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
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

Nota	Descrizione
23	Studio di stadiazione oncologica. in ambito pediatrico. forme precoci di Spondilite anchilosante non radiologicamente evidenti ovvero di Mielopatia spondilogenetica. diagnosi e monitoraggio 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 artrtica 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 artrtica 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
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

Nota	Descrizione
41	In associazione con 88.78.4 ECOGRAFIA OSTETRICA CON STUDIO DELLA TRASLUCENZA NUCALE. Incluso: studio della traslucenza 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
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.

Nota	Descrizione
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.
100	Approfondimento diagnostico in caso di sospetta allergia a farmaci o veleni, su indicazione dello specialista allergologo
102	su indicazione dello specialista allergologo

CONDIZIONI PER L'ASSISTENZA ODONTOIATRICA

Considerato che il dpcm 29.11.2001 fa generico riferimento a "condizioni di vulnerabilità", occorre individuare le condizioni cliniche per le quali è necessario effettuare le cure odontoiatriche ed anche le condizioni socioeconomiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche nelle strutture private.

Possono pertanto essere individuate due distinte tipologie di vulnerabilità:

- Vulnerabilità sanitaria: condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche;
- Vulnerabilità sociale: condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

LA VULNERABILITA' SANITARIA

Per definire le condizioni di vulnerabilità sanitaria, vale a dire le malattie o le condizioni per

le quali sono necessarie cure odontoiatriche, possono essere adottati due differenti criteri:

Il primo criterio (criterio “ascendente”) prende in considerazione le malattie e le condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (ad esempio: labiopalatoschisi e altre malformazioni congenite, alcune malattie rare, tossicodipendenza, ecc.)

Il secondo criterio (criterio “discendente”) prende in considerazione le malattie e le condizioni nelle quali le condizioni di salute potrebbero risultare aggravate o pregiudicate da patologie odontoiatriche concomitanti.

Le discipline regionali intervenute su questa materia associano, in genere, entrambi i criteri, identificando platee più o meno ampie di destinatari.

Ciò premesso, la vulnerabilità sanitaria deve essere riconosciuta almeno ai cittadini affetti da gravi patologie, le cui condizioni di salute possano essere gravemente pregiudicate da una patologia odontoiatrica concomitante (criterio “discendente”), al punto che il mancato accesso alle cure odontoiatriche possa mettere a repentaglio la prognosi “quoad vitam” del soggetto.

Destinatari: in tale ottica, sono individuabili almeno le seguenti condizioni:

1. pazienti in attesa di trapianto e post- trapianto (escluso trapianto di cornea);
2. pazienti con stati di immunodeficienza grave;
3. pazienti con cardiopatie congenite cianogene;
4. pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive;
5. pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogene.

I soggetti affetti da altre patologie o condizioni alle quali sono frequentemente o sempre associate complicanze di natura odontoiatrica (criterio “ascendente”), potranno accedere alle cure odontoiatriche solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilità sociale.

Occorrerà, comunque, definire più in dettaglio le caratteristiche e gli attributi che identificano la patologia stessa ed il periodo di concessione del beneficio (es. durata dell'assistenza post trapianto). Inoltre, occorrerà definire in modo puntuale le modalità ed i percorsi attraverso i quali tali soggetti possano essere individuati.

Prestazioni: le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 4, cui è associata la condizione di erogabilità “vulnerabilità sanitaria”.

Date le premesse e la gravità delle patologie stesse, ai soggetti così definiti in condizioni di vulnerabilità sanitaria, devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

LA VULNERABILITA' SOCIALE

Può essere definita come quella condizione di svantaggio sociale ed economico, correlata di norma a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale, che impedisce di fatto l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilità ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da sostenere presso le strutture odontoiatriche private. In particolare, l'elevato costo delle cure presso gli erogatori privati, unica alternativa oggi per la grande maggioranza della popolazione, è motivo di ridotto accesso alle cure stesse soprattutto per le famiglie a reddito medio/basso; ciò, di fatto, limita l'accesso alle cure odontoiatriche ad ampie fasce di popolazione o impone elevati sacrifici economici, qualora siano indispensabili determinati interventi.

Pertanto, tra le condizioni di vulnerabilità sociale si possono individuare tre distinte situazioni nelle quali l'accesso alle cure è ostacolato o impedito:

- a) situazioni di esclusione sociale (indigenza)
- b) situazioni di povertà
- c) situazioni di reddito medio/basso.

Destinatari

È demandata alle Regioni ed alle Province autonome la scelta degli strumenti atti a valutare la condizione socioeconomica (ad esempio indicatore ISEE o altri) e dei criteri per selezionare le fasce di popolazione in condizione di vulnerabilità sociale da individuare come destinatarie delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Analogamente, può essere demandata alle Regioni l'adozione di criteri più articolati (ad esempio, la previsione di determinate condizioni socioeconomiche per i soggetti affetti da patologie – croniche o rare - non incluse tra quelle che determinano la “vulnerabilità sanitaria”, ovvero per altre categorie socialmente protette), in considerazione delle specifiche caratteristiche demografiche e socioeconomiche della popolazione interessata e delle risorse da destinare a questo settore.

L'indicatore socioeconomico potrebbe essere utilizzato, inoltre, per identificare “clusters” di soggetti in condizioni di vulnerabilità sociale e sociosanitaria cui garantire alcune prestazioni gratuite ed altre erogabili con una compartecipazione crescente in funzione del reddito.

Prestazioni (le specifiche prestazioni erogabili sono quelle riportate nell'allegato 1, cui è associata la condizione di erogabilità “vulnerabilità sociale”)

Stanti le considerazioni precedentemente esposte circa l'impiego di risorse e la platea dei destinatari, a tutti i soggetti riconosciuti in condizioni di vulnerabilità sociale devono essere almeno garantite:

- 1. visita odontoiatrica
- 2. estrazioni dentarie
- 3. otturazioni e terapie canalari
- 4. ablazione del tartaro
- 5. applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico)
- 6. applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° o 5° (escluso il costo del manufatto)
- 7. apicificazione ai soggetti 0-14 anni

LA POPOLAZIONE GENERALE.

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nelle categorie di protezione indicate (tutela età evolutiva e condizioni di vulnerabilità), devono essere comunque garantite le prestazioni riportate nell'allegato 4 del D.P.C.M. LEA cui è associata la condizione di erogabilità “generalità della popolazione” e, in particolare, le seguenti:

- 1. visita odontoiatrica: anche al fine della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale;
- 2. trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto): per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura).

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 13.

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.

MODALITA' 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 ad 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.
- 3) 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, almeno 6 campioni per lobo.

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

- 4) 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 retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione. Richiedibile fino a massimo per 2 per la RICERCA AC. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI fino a max di 4 virus per pannelli multiplex es. di Virus Respiratori (es. SARS CoV-2 , Virus influenza A , B, RSV)

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. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per singolo lobo trattato, almeno 6 campioni per lobo.

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

Per il DPCM LEA la dizione “per ciascun campione” indica i campioni inviati al patologo dal clinico in contenitori separati e/o distinti per sottosedo anatomica o per topografia settoriale indicata dal clinico stesso.

- 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.
- La prestazione ambulatoriale è conteggiata con riferimento a ciascun separato contenitore.
- 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.
- 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.
- 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, bronco lavaggio, 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.

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 dei 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

Esempio

Istidina, Leucina, Metionina = 3 amminoacidi=codice 90.07.2 n 3 = $5,85 \times 3 = 17,55$

Per singolo allergene

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

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.

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.

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.

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.

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 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:

"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 loro presenza o meno

e sull'eventuale antibiogramma almeno per i microorganismi indicati nella prestazione; tuttavia, la presenza di altri microorganismi potenzialmente patogeni rilevati come riscontro occasionale così come specificato nelle linee di indirizzo, nelle linee guida e nei percorsi diagnostici, deve essere riportata nel referto e deve essere garantita l'identificazione del microorganismo, incluso l'esito dell'antibiogramma.

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.

Esempio

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.

ACCESSO SENZA PRESCRIZIONE SU RICETTA

Dal Nomenclatore della specialistica ambulatoriale sono esclusi i seguenti ambiti:

- Neuropsichiatria infantile per pazienti presi in carico
- Laboratori di Medicina del Lavoro
- Medicina dello sport

Il Nomenclatore trova uso anche al di fuori dello ambito della prescrizione.

Accesso diretto in PS.

Elenco Prestazioni erogabili solo in PS.

Rendicontazione e valorizzazione delle prestazioni in PS per pazienti non ricoverati

*Sulla base dell'Accordo Collettivo Nazionale e dell'art 16, comma 3 del DPR n. 271/2000, è previsto che per 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 siano consentite forme di accesso diretto **simile a quello previsto per l'urgenza**.*

Tale indicazione è però applicabile solo alle strutture Consultori e Neuropsichiatria Infantile. (vedi Allegato 3)

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.

Per le prestazioni di seguito elencate la tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato.

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 intracavitarie 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

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).

CODICE	DESCRIZIONE
MAC01	Chemioterapia con somministrazione di farmaci ad alto costo
MAC02	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo

MAC03	Chemioterapia senza somministrazione di farmaci ad alto costo per patologia oncoematologica
MAC04	Terapia antitumorale con somministrazione di farmaci per via orale o I.M.

Per poter mantenere queste prestazioni all'interno del modello di rilevazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale previsto dallo schema del DPCM sarà necessario registrare nei sistemi informativi aziendali dettagli di singole prestazioni riconducibili all'elenco contenuto nel nomenclatore.

Si è avviata nel 2023 una prima rilevazione del dettaglio delle prestazioni erogate che dovrà integrarsi con i codici del nuovo nomenclatore nel corso del 2024.

Per le prestazioni di Chemioterapia restano quindi temporaneamente in vigore le regole precedentemente definite e quindi la possibilità di erogare sul livello ambulatoriale prestazioni un tempo riconosciute in DH.

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 RL H1.0010932 del 10 aprile 2013
- DGR X/1185 del 20 dicembre 2013
- Nota RL H1.2014.0002969 del 24 gennaio 2014

ANALGESIA: BLOCCO ANESTETICO

Sono previsti quattro codici

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 autorizzata 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 rimarrà 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 LEA è stata modificata la descrizione della prestazione 14.79, dove al posto di farmaco incluso è stato precisato che i farmaci antiangiogenici va rendicontato 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 otticociliare. Incluso farmaco

CODIFICA DELLA PATOLOGIA NEL QUESITO DIAGNOSTICO

Genetica Medica

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:

- La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna A, Colonna C e Colonna D con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, per la Colonna A 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, e per le Colonne C e D, ai geni specificamente indicati.
- La prestazione è riferita alle patologie riportate nell'Allegato 4 GEN Colonna B e Colonna C con il medesimo codice. Per l'individuazione dei singoli geni, si fa riferimento a quelli riportati nella Banca dati Orphanet, e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, con valore diagnostico per la Colonna B e ai singoli geni indicati nella Colonna C
- 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.
- Condizioni previste nell'Allegato 4 GEN Colonna E

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.

Nello spazio quesito diagnostico dovrà essere indicata la sede di trattamento e la finalità del trattamento stesso. Verrà predisposto e condiviso al tavolo delle "reti della radioterapia Lombardia" un elenco di testi che verranno poi utilizzati come riferimento.

Le prestazioni di radioterapia saranno quindi prescritte in unica impegnativa ed in seguito - a consuntivo - verrà conteggiato il quantitativo effettivo per singola prestazione erogata nel corso del ciclo di cura.