

# ATTIVITA' DI CONTROLLO PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DIAGNOSTICA STRUMENTALE

## *INDICAZIONI PROCEDURALI*

**(EVIDENZIATE IN ROSSO LE MODIFICHE RISPETTO ALLA (9^ REVISIONE))**

1. Documentazione sanitaria (pag. 2)
2. Prestazioni effettuate in pronto Soccorso (pag. 6)
3. Prestazioni ambulatoriali comprese nel DRG (pag. 8)
4. Prestazioni di radiodiagnostica (pag. 9)
5. Prestazioni di laboratorio (pag.12)
6. Diagnostica cerebrale – cardiologica – ostetrico ginecologica, etc. (pag. 22)
7. Prestazioni incluse nei codici visita o in altre prestazioni (pag. 24)
8. Prestazioni di gastroenterologia (pag. 25)
9. Livelli essenziali di assistenza (pag. 27)
10. Macroattività ambulatoriale (pag. 30)
11. Oftalmologia (pag. 37)
12. Ulteriori indicazioni (pag. 44)

## 1. DOCUMENTAZIONE SANITARIA

|  |  |
|--|--|
| <p>REFERTI DI VISITA E<br/>PRESTAZIONI</p>               | <p>La visita è a tutti gli effetti una prestazione specialistica della quale deve restare traccia che comprovi da chi è stata effettuata (nominativo/codice medico), in quale data e con quale esito (risposta al curante, cartella ambulatoriale, ecc.)<br/>Tutte le altre prestazioni ambulatoriali devono essere attestate da referti, cartelle cliniche, altra documentazione comprovante l'avvenuta effettuazione delle stesse.<br/>I requisiti della documentazione sanitaria ambulatoriale sono esplicitati nel "Manuale della Documentazione Sanitaria e Sociosanitaria" di Regione Lombardia – DGR 4659 del 09/01/2013.<br/>Obbligo di esporre dal 1 marzo 2012 nei referti e/o lettere di dimissione o documentazioni varie al cittadino il costo della prestazione sanitaria con l'evidenziazione della quota a carico di Reg. Lombardia e se dovuto, del contributo a carico del cittadino (nota regionale H1.2011.0037249 del 20/12/2011) + nota H1.2012.0006242 del 24.2.2012 "Comunicazione ai cittadini del valore di rimborso delle prestazioni".<br/>Principio generale: non è accettabile la codifica di una procedura solo in base alla citazione della stessa ed in assenza di una sua descrizione puntuale, che consenta di giudicarne la correttezza (DGR n°X/1185 del 20/12/2013 allegato 3 – sub allegato b - controlli).</p>   |
| <p>ARCHIVIAZIONE TRACCIATI</p>                           | <p>E' facoltà della Struttura archiviare copia dei tracciati ECG, EEG, ecc. che, al pari delle Rx, vengono normalmente consegnati ai pazienti. E' però necessario che sia conservata e prodotta in fase di controllo la refertazione degli stessi.</p>   |
| <p>VALIDITA' IMPEGNATIVE</p>                             | <p>Il periodo di validità della impegnativa è individuato in 1 anno a partire dalla data di compilazione della stessa fino alla data di prenotazione (nota regionale H1.2011.0037249 del 20/12/2011).<br/>Il cittadino può fruire delle prestazioni contenute nella stessa ricetta, presso la medesima struttura, in momenti diversi, di norma entro 1 anno dall'effettuazione della prima prestazione (Regole elaborazione Regione Lombardia anno 2013).<br/>In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate. A decorrere dal 1 ottobre 2009, potranno rappresentare un costo per il S.S.R. solo le prestazioni ambulatoriali richieste con impegnative riportanti il quesito/sospetto diagnostico prevalente, formulato in forma chiara e specifica.</p>   |
| <p>PERIODO D' ARCHIVIAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA</p> | <p>Si rimanda alla normativa vigente per quanto riguarda durata e modalità di archiviazione della documentazione sanitaria. In particolare, per ciò che concerne il controllo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, è da tenere presente che le copie dei referti di prestazioni ambulatoriali devono essere conservate in archivio per cinque anni (il referto originale viene consegnato al paziente).<br/>Qualora il referto originale sia stato inserito in cartella clinica (paziente ricoverato), copia dello stesso (visite specialistiche, esami diagnostici) deve essere conservata solo per un anno.<br/>Stesso periodo di conservazione (cinque anni) è previsto per le prescrizioni-proposte redatte su ricettario unico regionale (o su ricettari interni quando prescritte direttamente dallo specialista); pertanto i referti dovranno essere allegati alle relative prescrizioni per attestazione di avvenuta prestazione. Tale periodo diventa necessario per l'effettuazione dei controlli in ambito amministrativo-finanziario e soprattutto dei controlli sulla corretta erogazione delle prestazioni.<br/>Il periodo di conservazione delle cartelle ambulatoriali relative a procedure BIC e MAC si ritiene assimilabile a quanto normato per le cartelle cliniche di ricovero (le linee guida di Regione Lombardia suggeriscono 30 anni come tempo di conservazione della documentazione attestante l'attività BIC; DGR 4659 del 09/01/2013).</p> |
| <p>PRESTAZIONI AD ACCESSO DIRETTO</p>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Odontoiatrica</li> <li>• Visita Ostetrica e ginecologica</li> </ul>  |

|   |   |
|---|---|
| <p>OVVERO PRESTAZIONI PER LE QUALI NON È PREVISTA LA PRESCRIZIONE DEL MMG/PLS</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita Pediatrica (per gli assistiti non in carico a PLS)</li> <li>• Visita Psichiatrica</li> <li>• Visita Neuropsichiatria infantile</li> <li>• Visita Oculistica (soltanto per controllo visus)</li> </ul> <p>Come noto, tale accesso consente di ottenere visite specialistiche senza impegnativa del medico di base. Per tali prestazioni il medico specialista che eroga l'attività dovrà provvedere alla compilazione formale di una ricetta SSN. E' necessario, infatti, che <u>tutte le prestazioni erogate a carico del SSN</u> trovino corrispondenza con quanto prescritto sui ricettari così come previsto dall'art. 1 del decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze del 17/03/ 2008 e ripreso dalla DGR 937/2010 e DGR 2633/2011 e nota H1.2011.0023881 del 04/08/2011.</p> <p>N.B. nota Regionale G1.2012.00058.00 del 10/05/2012: obbligatorietà della prescrizione per tutte le prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale anche per i consultori familiari pubblici e privati accreditati.</p>   |
| <p>USO DEL RICETTARIO UNICO REGIONALE DA PARTE DEI MEDICI SPECIALISTI</p>         | <p><u>DGR 9581 del 11 giugno 2009</u></p> <p>I seguenti medici del SSN, sono abilitati all'effettuazione di prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale a favore di assistiti lombardi con l'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale ex articolo 50 della Legge n. 326 del 24 novembre 2003, di conversione del D.L. n. 269/2003:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medici delle Aziende Ospedaliere e medici di Strutture Sanitarie di diritto privato, sia intra sia extra ospedaliere, accreditate e a contratto con il Servizio Sanitario Regionale;</li> <li>• Medici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere Scientifico di diritto pubblico e privato;</li> <li>• Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta;</li> <li>• Medici di Continuità Assistenziale;</li> <li>• Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati e i Medici addetti al servizio di Guardia Turistica;</li> </ul> <p>Il ricettario è PERSONALE (art. 50 paragrafo 2 D.L. 30 settembre 2003, n. 269, coordinato con la legge di conversione 24 novembre 2003, n. 326). L'utilizzo dei ricettari del Servizio Sanitario Nazionale da parte dei medici abilitati ai sensi del presente provvedimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• è consentito unicamente nell'ambito dell'attività istituzionale, escludendo quindi qualsiasi impiego in attività libero professionale, il mancato rispetto di tale indicazione, oltre che portare alle conseguenze previste per legge (licenziamento del professionista coinvolto), può determinare la sospensione di un mese dal contratto per la Struttura presso la quale il professionista risulti avere, a qualsiasi titolo, un rapporto lavorativo con disponibilità del ricettario regionale (DGR 1185/2013 all.3_sub all.B).</li> <li>• costituisce un obbligo contrattualmente rilevante per le Strutture sanitarie, ai sensi dell'art. 1 del contratto tipo stipulato con le Aziende Sanitarie Locali, al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni;</li> <li>• le prestazioni di specialistica ambulatoriale non corredate dal quesito o dal sospetto diagnostico prevalente correttamente esplicitato non possano rappresentare un costo per il Servizio Sanitario Regionale per le prescrizioni di prestazioni di specialistica ambulatoriale effettuate dal 1 ottobre 2009 in poi;</li> <li>• solo le prestazioni per le quali i pazienti sono esenti per patologia non necessitano di quesito diagnostico e che ai fini del rispetto della norma valgono anche motivate esigenze di prevenzione oncologica metabolica e cerebro-cardiovascolare;</li> <li>• la ricetta deve essere compilata in modo chiaro e leggibile anche per quanto riguarda l'apposizione dei timbri identificativi per</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>medico prescrittore.</p> <p><u>DGR 621/2010</u></p> <p>E' esteso a tutti i medici abilitati all'utilizzo del ricettario SSN l'utilizzo del bollino verde, per le prestazioni urgenti - differibili (da effettuarsi entro 72 ore dalla prenotazione).</p> <p><u>DGR 2633/2011- allegato 11, Nota Regionale H1.2011.0037249 del 20/12/2011</u></p> <p>Si estende la possibilità di prescrivere le prestazioni di ricovero e cura alle stesse tipologie di professionisti succitati, confermando le medesime condizioni di corretto atteggiamento prescrittivo.</p> <p>Le prescrizioni effettuate dai prescrittori differenti dai MMG e PLS devono, di norma, riguardare le prestazioni contenute nella branca specialistica per la quale gli stessi prestano la loro opera e quelle necessarie a rispondere al quesito diagnostico posto in occasione del primo accesso del paziente (come ribadito anche nella DGR n°X/1185 del 20/12/2013 allegato 3 – sub al legato b - controlli).</p>   |
| <p>Indicazioni tratte dalla proposta redatta dalle Organizzazioni Sindacali della Medicina Generale valutata e approvata dal Tavolo dei Direttori Sanitari nella seduta del 2 febbraio 2010;</p> | <p>Lo Specialista operante presso Struttura Pubblica o Privata Accreditata qualora ritenga necessarie ulteriori indagini diagnostiche, per rispondere al quesito del medico di famiglia in caso di prima visita, le prescrive direttamente senza richiedere alcun intervento del medico curante. Al termine dell'iter diagnostico (esami o visite) l'assistito viene riaffidato al MMG per le cure immediate del caso o la gestione condivisa sul lungo periodo (esami di controllo, follow-up specialistico etc.).</p> <p>La prescrizione di ulteriori indagini è effettuata direttamente dallo specialista nel caso di visita per riacutizzazioni, recidive, nuovi sintomi o complicanze di una condizione cronica, mentre rinvia al curante le prescrizioni relative ai controlli sul medio/lungo periodo (6-12 mesi) e i follow-up programmati/concordati con il MMG o previsti dai PDTA.</p> <p>La stessa regola, ovvero la prescrizione diretta da parte dello specialista, avviene:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• in caso di esami a breve termine (indicativamente al massimo entro 10 giorni e comunque in continuità con il problema di base) richiesti dopo un accesso in Pronto Soccorso (specie se attivato autonomamente dall'assistito)</li> <li>• alla dimissione dopo un ricovero ordinario o in day-hospital, qualora siano necessarie visite di controllo o ulteriori accertamenti o altre prestazioni di follow-up a breve scadenza</li> </ul> <p>Per pazienti ad alta intensità di cura, gli accertamenti suggeriti dopo consulenza ematologica, oncologica, immunologica, nefrologica, per patologie croniche e/o gravi, più che un criterio temporale va applicato quello di "continuità di cura e completamento/conclusione diagnostico-terapeutica" (alla stregua del passaggio di cura).</p> <p>Restano invece a carico del MMG le richieste di ricovero ospedaliero ordinario o in day-hospital, quando non programmate dallo specialista, nonché la prescrizione di esami e visite specialistiche di follow-up sul medio lungo-periodo.</p> <p>I MMG non trascrivono gli accertamenti richiesti dagli specialisti, se non presente il quesito/sospetto diagnostico.</p> <p>E' necessario che <u>tutte le prestazioni erogate a carico del SSN</u> trovino corrispondenza con quanto prescritto sui ricettari così come previsto dall'art. 1 del decreto del ministero dell'Economia e delle Finanze del 17/03/ 2008 e ripreso dalla DGR 937/2010 e DGR 2633/2011 e nota H1. 2011.0023881 del 04/08/2011 (come ribadito anche nella DGR n° X/1185 del 20/12/2013 allegato 3 – sub</p> |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| APPROPRIATEZZA<br>PRESCRITTIVA | <p>allegato b - controlli).</p> <p>La DGR 8501/2008 allegato 10 stabilisce che, per quanto riguarda i controlli sulle prestazioni ambulatoriali, potranno rappresentare un costo per il SSR <u>solo le richieste che saranno corredate del quesito diagnostico prevalente</u> formulato in forma chiara e specifica.</p> <p>Regione Lombardia con nota H1.2011.000.6481 del 01/03/2011 specifica che la codifica del campo "CLASSE di PRIORITA'" non riguarda le sole prescrizioni contenenti prestazioni rientranti nel "monitoraggio dei tempi di attesa" , ma si rende <u>obbligatoria per tutte le prescrizioni</u> (come ribadito anche nella DGR n° X/1 185 del 20/12/2013 allegato 3 – sub allegato b - controlli).</p> <p>La compilazione del Quesito/Sospetto diagnostico e del campo "CLASSE DI PRIORITA'" per tutte le prescrizioni oltre ad essere un obbligo rappresenta uno <u>strumento fondamentale</u> per il prescrittore al fine di favorire l'accesso alle prestazioni in tempi e modalità adeguati alla condizione clinica dell'assistito.</p> <p>Il diritto all'ESENZIONE, può essere fruito dal cittadino <u>se e solo se</u> detto codice viene indicato dal medico, durante l'atto prescrittivo, nel campo "CODICE ESENZIONE" – nota ASL prot. 0153714 del 19/11/2012.<br/>Le eventuali correzioni o integrazioni apposte a penna dai prescrittori sulle impegnative devono sempre essere validate da timbro e firma del prescrittore stesso.</p> |
|--------------------------------|--|

## 2. PRESTAZIONI EFFETTUATE IN PRONTO SOCCORSO

|   |  |
|---|--|
| <p>CRITERIO X</p> <p>Prestazioni effettuate in PS seguite da ricovero</p>                   | <p>Accessi ripetuti in P.S. nelle 24 ore per la stessa patologia, <u>seguiti da ricovero</u>.</p> <p>In linea generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• qualora la Struttura stessa rinvii il paziente per non disponibilità di posti letto o non disponibilità specialistica, tali prestazioni si devono ricomprendere nel DRG;</li> <li>• qualora il paziente si autodimetta e poi acceda nuovamente al P.S. per la medesima patologia, con esito in ricovero, gli accessi sono da considerarsi come due episodi distinti e pertanto <u>solo il secondo</u> è da ricomprendere nel DRG del ricovero</li> <li>• qualora la Struttura dimetta il paziente, ma lo stesso si ripresenti per aggravamento della sintomatologia e conseguente ricovero, si conferma il primo accesso e si riconduce il secondo al ricovero.</li> </ul> <p>Casi particolari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accessi in PS diversi appartenenti alla stessa Azienda/Ente (es. PS Montichiari, PS Spedali Civili BS seguito da ricovero): si considerano come un unico accesso perché l'Azienda è la medesima</li> <li>• Accessi in PS (3 accessi) di Strutture differenti (es. PS Poliambulanza, PS Spedali Civili, PS Poliambulanza): si considerano un unico accesso i due accessi (1° e ultimo) effettuati dalla Struttura inviante, perché è quella a cui torna il paziente</li> <li>• Accessi in PS (2 accessi) di Strutture differenti (es. PS Poliambulanza, PS Spedali Civili): solo il secondo accesso si riconduce al ricovero</li> </ul> |
| <p>Accessi ripetuti nelle 24 ore per la stessa patologia <u>non seguiti da ricovero</u></p> | <p>Qualora il paziente si ripresenti in PS per la stessa patologia (riacutizzazione o persistenza dei sintomi), si possono rendicontare i singoli accessi.</p> <p>Qualora la Struttura, per non disponibilità specialistica (primo accesso in orario serale/notturno/festivo) inviti il paziente a ripresentarsi nelle successive 24 ore per effettuare accertamenti indispensabili al completamento diagnostico, nel secondo accesso devono essere rendicontate solo le prestazioni non precedentemente espletate. E' raccomandabile che, dopo ciascuno dei due o più accessi e relativa dimissione, la scheda di PS venga chiusa.</p>  |
| <p>Cod. 89.65.5</p>   | <p>Monitoraggio incruento della saturazione arteriosa. La prestazione deve essere rendicontata una sola volta e documentata.</p>   |
| <p>Cod. 89.54</p>   | <p>Monitoraggio ECG la prestazione deve essere rendicontata con quantità uno e documentata.</p>  |
| <p>Cod. 99.2A</p>   | <p>Iniezione/Infusione farmaci specifici deve essere esposto con quantità corrispondente esclusivamente alle effettive prestazioni sanitarie, debitamente documentate nel verbale di P.S.</p>  |
| <p>Stick Urine</p>  | <p>Prestazione non compresa nel NTR.<br/>Non può essere esposta utilizzando il Cod. 90.44.3 (URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO) e cod. 90.44.4 (URINE ESAME PARZIALE ACETONE E GLUCOSIO QUANTITATIVO) prestazioni documentate da referto di laboratorio.</p>   |

|   |  |
|---|--|
| Cod. 93.04.1<br>Cod. 93.04.2                                      | Valutazione manuale di funzione muscolare; Bilancio articolare e muscolare generale<br>Valutazione manuale di funzione muscolare; Bilancio articolare e muscolare segmentario<br>Sono da ritenersi parte della visita specialistica e pertanto non rendicontabili in aggiunta.   |
| ECOGRAFIA FAST  | La metodica è da considerarsi al pari delle consuete valutazioni di obiettività impiegate nell'area emergenza- urgenza, per cui non si ritiene corretto rendicontarla.(GdL del 09/05/2012 ).   |
| Cod. 57.94  | Cateterismo Vescicale, al fine del riconoscimento economico della prestazione, la stessa dovrà essere documentata nel referto di PS.   |
| Rivalutazioni Specialistiche                                      | Le valutazioni cliniche successive alla prima (stessa branca) devono essere rendicontate come visite di controllo e non come prime visite.   |
| Accessi in PS per monitoraggio gravide a termine                  | In considerazione della numerosa casistica riscontrata in PS, è necessario discriminare i casi "realmente urgenti" dai programmati. I programmati saranno ricondotti a prestazioni ambulatoriali (decurtati della maggiorazione del PS).   |
| Cod. 38.95  | Cateterismo venoso per dialisi renale non è utilizzabile per <u>incannulamento venoso centrale</u> (non esiste codice specifico nel NTR)   |
| Prestazioni chirurgia ambulatoriale a seguito di un accesso in PS | Le prestazioni di chirurgia ambulatoriale BIC effettuate a seguito di un accesso in PS sono soggette al ticket, se dovuto, anche se sono prescritte in PS, come per tutte le prestazioni ambulatoriali (verbale GdL AAC del 09/05/2012).<br><br>Se l'intervento BIC viene eseguito nei giorni successivi all'accesso di PS segue le normali regole con impegnativa (del PS) e relativo ticket se dovuto (rendicontazione con codice identificativo Struttura del poliambulatorio.....)<br><br>Se l'intervento viene eseguito all'interno dell'accesso di PS non serve impegnativa (rendicontazione con codice identificativo Struttura del PS, senza incremento del 25%.) Andrà comunque compilata la scheda clinica ambulatoriale con le informazioni necessarie. |
| Registrazione Paziente In PS                                      | La mera registrazione dei soli dati anagrafici del paziente non può rappresentare un costo per il SSR e pertanto non deve essere esposta come "Visita del medico di PS"-<br><br>Nei casi in cui il paziente transita dal PS solo per essere registrato e poi viene valutato clinicamente esclusivamente dallo specialista (es. ostetricia/ginecologia, pediatria, ecc.) potranno essere esposte solo tali consulenze se supportate da refertazione.  |
| Osservazione Breve Intensiva in PS                                | Modalità assistenziale che consente di trattenere in osservazione per un certo numero di ore (di norma non inferiore alle 6 ore e non superiore alle 24) il paziente affetto da alcune patologie acute, di effettuare gli immediati accertamenti e intraprendere i primi provvedimenti terapeutici.<br><br>Non costituiscono obiettivi dell'OBI la sosta o la gestione di pazienti già destinati a ricovero in attesa di posti letto o già destinati a dimissione dopo la valutazione in PS.<br><br>NB: Possono rappresentare un costo per il SSR solo le "rivalutazioni mediche" che comportino azioni diagnostiche e/o terapeutiche documentate nel diario clinico.<br><br><u>Per tali prestazioni non deve mai essere utilizzato il codice "prima visita"</u>   |

### 3. PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPRESSE NEL DRG

|   |   |
|---|---|
| <p>CRITERIO W:<br/>Prestazioni ambulatoriali ricomprese nel costo del DRG chirurgico/medico</p> | <p>PRE RICOVERO <u>chirurgico/medico</u></p> <p>Prestazioni erogate in regime ambulatoriale nei 15 giorni prima del ricovero: <u>qualunque accertamento clinico strumentale, finalizzato a definire lo stato clinico del paziente e quindi il giudizio di operabilità, è da considerare quale routine pre operatoria.</u><br/>I relativi referti devono essere in cartella clinica.</p> <p>N.B. La visita anestesiologicala e i relativi accertamenti ematochimici per parto in analgesia epidurale sono da intendersi procedura di pre-ricovero e pertanto non necessitano di prescrizione da parte del MMG e sono riconducibili al costo del DRG.</p> <p>POST RICOVERO <u>chirurgico/medico</u></p> <p>Prestazioni erogate in regime ambulatoriale nei giorni successivi al ricovero.<br/>Tutte le prestazioni a completamento dell'iter diagnostico terapeutico, devono essere ricomprese nel ricovero, indipendentemente dai giorni trascorsi dalla data di <u>dimissione (criterio clinico non temporale).</u><br/>Le prestazioni che risultano erogate in giorno di ricovero, incrociando dati 28/SAN e dati SDO, non possono di norma essere remunerate.</p> |
| <p>CRITERIO Y:<br/>Prestazioni ambulatoriali erogate in corso di ricovero</p>                   | <p>N.B.: Anche le prestazioni ambulatoriali (visite e accertamenti diagnostici) erogate da qualsiasi Struttura, dotata o meno di PS, seguite da ricovero motivato da fatto acuto insorto o riscontrato durante l'accertamento, sono riconducibili al DRG.<br/>In queste situazioni i pazienti possono venire ricoverati senza richiesta del curante, secondo il criterio dell'autopresentazione previsto nella delibera VII/15157 del 21.11.2003.</p>   |
| <p>PRESTAZIONE AMBULATORIALE/RICOVERO</p>   | <p>Le prestazioni che risultano erogate in giorno di ricovero incrociando dati 28/SAN e dati SDO non possono di norma essere remunerate (Interpello 15/02/2010)</p>   |



|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• RADIOGRAFIA SCHELETRO IN TOTO cod. 88.31: è indicata per patologia sistemica, vale a dire malattie neoplastiche degli stipiti cellulari del midollo osseo (mielopatie, mieloma, plasmocitoma), collagenopatie e malattie ematologiche ereditarie o acquisite. Pertanto, in tutti gli altri casi, lo studio dell'apparato scheletrico dovrebbe essere mirato a segmenti definiti che possano essere elettivamente coinvolti dalla patologia degenerativa, neoplastica o metabolica. L'utilizzo di studi estensivi e ripetuti non trova indicazione per la ricerca delle localizzazioni secondarie o di alterazioni dell'osso (IRC in trattamento dialitico), essendo oggi da preferire la scintigrafia ossea o studi elettivi su segmenti più frequentemente e precocemente interessati.</li> <li>• La prescrizione " ECOGRAFIA ADDOME" va interpretata, e quindi effettuata, come "ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO" 88.76.1 e non come contemporanea esecuzione di eco addome sup. (88.74.1) più eco addome inf. (88.75.1)</li> </ul>   |
| CRITERIO C                                | <p>Individua i codici, eventualmente ripetuti o con quantità uguale o maggiore di due per prestazioni, di cui esiste la rispettiva voce con indicazione di bilateralità, oppure nella descrizione della prestazione è già specificata la bilateralità.</p>   |
| CRITERIO D<br>Precisazioni                | <p>Individua i codici, eventualmente ripetuti o con quantità maggiore di uno per prestazione, per cui è previsto un numero medio o minimo di proiezioni o radiogrammi, senza indicazione a eventuale duplicazione della codifica per esecuzione su vari segmenti corporei.</p> <p>La Comparazione tra distretti corporei controlaterali, es. rx ginocchio bilaterale (cod. 88.27 ripetuto 2 volte) o rx assiale rotula bilaterale (cod. 88.292 ripetuto 2 volte), se non espressamente richiesta dal curante, è plausibile limitatamente alla patologia ortopedica e traumatologica specie in età pediatrica (come concordato con i medici radiologi).</p> <p>RX COLONNA CERVICALE: Le proiezioni indicate come mediamente sufficienti a garantire la completezza della prestazione sono due, indipendentemente dalla richiesta del curante (vedi linee guida).</p> <p>RX ASSIALE ROTULA: se effettuato con rendicontazione doppia (bilateralità), si fa riferimento a quanto sopra indicato nella "Comparazione".</p> <p>Qualora si riscontri richiesta di RX ASSIALE DI ROTULA + RX GINOCCHIO, pur non essendo plausibile in linea di massima tale evenienza, in quanto le due metodiche rispondono a criteri clinici differenti, al momento è prudente fare riferimento alla richiesta del curante, responsabile dell'appropriatezza della richiesta.</p> |
| DGR X/ 2313 del 01/08/2014<br><br>RM e TC | <p><u><a href="#">Allegato A) paragrafo 12</a></u></p> <p><b>Raccomandazioni Regionali elaborate dal Gruppo Approfondimento Tecnico (GAT) per la prescrizione di RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide.</b></p> <p><i>Costituiscono un utile strumento che la Regione ha inteso mettere a disposizione di tutti i medici prescrittori, allo scopo di meglio indirizzare le prescrizioni di RM e TC per alcuni distretti maggiormente indagati con tali metodiche.</i></p> <p><i>Non costituiscono un vincolo o una limitazione prescrittiva ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggior appropriatezza nella scelta della metodica diagnostica.</i></p> <p><b>Il documento redatto dal GAT è strutturato in 3 parti:</b></p>  |

1. Individuazione di un percorso per supportare il Medico nell'identificazione della prescrizione più appropriata, rappresentato attraverso **alberi decisionali** per le seguenti condizioni cliniche:
  - lombalgia e lombosciatalgia acuta non traumatica
  - gonalgia acuta non traumatica
  - gonalgia acuta post traumatica
  - gonalgia cronica
  - patologia degenerativa della cuffia
  - instabilità della spalla
  - capsulite adesiva
  
2. predisposizione e codifica, per ciascun albero decisionale, di **quesiti diagnostici** a cui i medici prescrittori potranno riferirsi per effettuare le richieste di prestazioni di RM e TC per le condizioni patologiche sopracitate.
  
3. identificazione di un **primo set di indicatori**, da validare in una fase sperimentale preliminare, per verificare le condizioni di appropriatezza prescrittiva per le condizioni cliniche identificate.

**N.B.**

Si raccomanda la consultazione dettagliata del citato Documento al fine di promuovere e implementare queste indicazioni nella pratica clinica di tutti i prescrittori coinvolti.

## 5. PRESTAZIONI DI LABORATORIO

CRITERIO E

Per le prestazioni identificate dai codici 39951, 39952, 39954, 39955, 39956, 39957, 39958, 39959, le tariffe includono il costo delle indagini di laboratorio e dei farmaci e di altre prestazioni comunemente connesse al trattamento DIALITICO (EXTRACORPOREO). Sono compresi nella tariffa:

- esami diagnostici di laboratorio: Emocromo, Sodio, Potassio, Emogasanalisi di sangue misto venoso (equilibrio acido base)
- erogazione di farmaci: Carbonato di calcio, Carbonato di magnesio, Calcio acetato, Ferro per somministrazione venosa, Calcitriolo per somministrazione venosa, Eritropoietina.
- 89.01.B visita di controllo nefrologica (ex 89.01)
- 89.65.1 emogasanalisi arteriosa sistemica
- 89.65.5 monitoraggio incruento della saturazione arteriosa
- 89.65.6 emogasanalisi prima e dopo iperventilazione
- 89.7B.4 prima visita nefrologica (include stesura piano trattamento sostitutivo cod. 89.03.1)
- 93.56.1 fasciatura semplice
- 96.59 altra irrigazione di ferita
- 99.24.1 infusione di sostanze ormonali
- 99.2A iniezione o infusione di farmaci specifici
- 91.49.2 prelievo di sangue venoso (DGR 621/2010)

NB Si richiama che dal 1 ottobre 2010, la prestazione 89.03.1 *“Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale”* può essere rendicontata contestualmente alla seduta dialitica (DGR 621/2010).

Si rammenta che nell'ambito del **Gruppo di Lavoro Regionale del 9.11.2011** si definisce il piano terapeutico come stesura di una programmazione media/lunga scadenza **DIFFICILMENTE CONCILIABILE CON LA SUA RENDICONTAZIONE CONTESTUALE AD OGNI SINGOLO ACCESSO DIALITICO.**

Con la DGR IX/937 viene introdotto il cod. 39.95.A *“emodialisi extracorporea in costanza di ricovero”*.

Tale prestazione potrà essere rendicontata, dall'erogatore accreditato e a contratto che la effettua, nel tracciato 28/SAN, per i ricoveri con degenza maggiore ai quattro giorni a partire dalle sedute effettuate dal quinto giorno di ricovero secondo lo schema esplicativo della nota Regionale H1.2011.0006481 del 1 marzo 2011.

Non possono essere rendicontate con il cod. 39.95.A le dialisi peritoneali.

|                           |  |
|---------------------------|--|
|                           | <p>N.B. Nella cartella di dialisi deve essere annotata la struttura e la data di ricovero.</p> <p>ANCHE LE PRESTAZIONI DI DIALISI DEVONO ESSERE PRESCRITTE SU RICETTARIO SSR.</p>  |
| CRITERIO F                | <p>Cod. 90.16.3 CREATININA (siero, urine) da ricomprendere nella clearance della creatinina 90.16.4.<br/>L'es. clearance della creatinina comprende l'analisi comparata di campione ematico ed urine delle 24 ore.</p>   |
| CRITERIO G                | <p>Cod. 90.27.1 GLICEMIA basale o glicemia a digiuno da ricomprendere nella curva da carico del glucosio<br/>Cod. 90.26.4 (3 determinazioni) – 90.26.5 (6 determinazioni).</p>   |
| CRITERIO H                | <p>Cod. 90.10.4 Bilirubina totale da ricomprendere nella bilirubina totale e frazionata 90.10.5.</p> <p><b>Introduzione della prestazione BILIRUBINA TOTALE REFLEX (DGR X/ 2313 01/08/2014)</b></p> <p><b>Aggiornamento del NTR : viene abolita la prestazione cod. 90.10.5 "BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA" e modificata la descrizione della prestazione cod. 90.10.4 "BILIRUBINA TOTALE REFLEX - Incluso eventuale determinazione della bilirubina frazionata".</b><br/> <b>Per le patologie "003 Anemia emolitica acquisita da immunizzazione", "008 Cirrosi epatica, cirrosi biliare", "013 Diabete mellito", 016 Epatite cronica attiva", "042 Pancreatite cronica" e "055 Tubercolosi attiva bacilli fera" i pazienti saranno esenti unicamente per la prestazione 90.10.4.</b></p> |
| Bence Jones               | <p>Nel caso in cui il curante richieda genericamente ricerca di proteina di BENCE JONES si utilizza il cod. immunofissazione (90692), che consente la tipizzazione della componente monoclonale. In caso di positività si procede al dosaggio utilizzando il cod. 90126 = dosaggio catene K e Lambda.</p> <p>Nel caso in cui il curante richieda il <u>dosaggio</u> della proteina di Bence Jones (diagnostica differenziale delle condizioni associate a presenza di componente monoclonale e monitoraggio di questi pazienti), si utilizza il cod. 90.12.6 = dosaggio catene K e Lambda (vedi interpello 12.06.2009).</p>  |
| CRITERIO J                | <p>Il cod. 90.94.3 - COPROCOLTURA comprende la ricerca dell'ESAME COLTURALE SALMONELLE 91.07.6, dell'ESAME COLTURALE CAMPYLOBACTER 90.88.5 e delle SHIGELLE DA COLTURA 91.08.3; <b>incluso eventuale identificazione ed antibiogramma (DGR X/ 2313 01/08/2014).</b></p>  |
| Altri test microbiologici | <p>La DGR X/ 2313 01/08/2014 aggiorna il I NTR modificando la descrizione e la tariffa delle prestazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>cod. 90.93.5 "ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE; ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni; escluso NEYSSERIA MENINGITIDIS. Incluso eventuale identificazione di lieviti e di batteri e antibiogramma per i batteri"</b></li> <li>• <b>cod. 91.09.2 "STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma"</b></li> </ul>   |
| CRITERIO I                | <p>Cod. 90.38.5 Proteine totali siero da ricomprendere nell'elettroforesi delle proteine del siero Cod. 90.38.4</p> <p>Cod. 90.38.5 Proteine totali urine da ricomprendere nell'elettroforesi delle proteine urinarie Cod. 90.39.1</p> <p>Cod. 90.38.5 Proteine totali peritoneali (nei pazienti sottoposti a dialisi) non da ricomprendere.</p>   |

|                   |  |
|-------------------|--|
|                   | <p>N.B. Le suddette indicazioni della DGR 12692/2003, riprese dalla DGR 10804/2009, sono volte ad evitare eventuali comportamenti opportunistici da parte degli erogatori i quali potrebbero utilizzare una doppia codifica del medesimo esame (dosaggio delle proteine) eseguito su medesimo campione.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La determinazione delle proteine totali durante l'esecuzione dell'elettroforesi ha lo scopo di definire semi-quantitativamente le diverse frazioni elettroforetiche. In questo caso va codificata esclusivamente l'elettroforesi delle proteine urinarie cod. 90.39.1</li> <li>• La ricerca delle proteine nelle urine va considerata un'analisi strettamente quantitativa che richiede la raccolta delle urine delle 24 ore. Nel caso in cui fosse necessario determinare anche questo valore, poiché le determinazioni avvengono su campioni tra loro differenti, possono essere codificati entrambi gli esami (cod. 90.39.1 e 90.38.5).</li> <li>• L'avvenuta esecuzione dei due diversi esami di ricerca delle proteine nelle urine deve risultare anche dalla refertazione separata dei due esami.</li> <li>• Nel caso in cui alla elettroforesi si evidenzi una componente monoclonale, in un paziente non noto per tale quadro patologico, e fosse quindi necessario procedere all'immunofissazione (90692), essa può essere eseguita <u>direttamente dallo specialista di laboratorio</u>, anche se non specificato nella ricetta e viene rendicontata in aggiunta all'elettroforesi.</li> </ul>  |
| <p>CRITERIO K</p> | <p>ANTIMICOGRAMMA remunerabile solo per inquadramento diagnostico terapeutico di micosi sistemiche qualora specificato dal curante nella prescrizione. Solitamente prescritto nelle micosi orofaringee (non candidosi) e nei soggetti immunodepressi.</p> <p>La richiesta generica di Tampone vaginale deve essere intesa come richiesta <u>congiunta</u> di:</p> <p>Cod. 90.86.4 "Batteri in campioni biologici diversi, ricerca microscopica (colorazioni di routine o a fresco)"<br/>         Cod. 90.93.4 "Esame colturale campioni apparato genitourinario. Ricerca completa di microrganismi e lieviti patogeni, incluso se necessario, Gardnerella vaginalis e streptococcus agalactiae, escluso neisseria gonorrhoeae e chlamydia tracomatis"<br/>         Cod. 91.11.2 " Esame colturale nel secreto vaginale di trychomonas vaginalis".<br/>         Se la ricerca di T. vaginalis fosse effettuata per mezzo di esame microscopico, codificare come Cod. 90.86.4.</p> <p><u>La richiesta generica di</u> Tampone cervicale, endocervicale, uretrale deve essere intesa come richiesta <u>congiunta</u> di:</p> <p>Cod. 90.86.4 "Batteri in campioni biologici diversi, ricerca microscopica (colorazioni di routine o a fresco)"<br/>         Cod. 91.03.5 "Neisseria gonorrhoeae esame colturale"<br/>         Cod. 91.03.6 "Mycoplasmi urogenitali esame colturale (compresa identificazione ed eventuale antibiogramma)"<br/>         Cod. 90.89.5 "Chlamydie esame colturale" oppure Cod. 90.90.1 "Chlamydie ricerca diretta (EIA)" oppure Cod. 90.90.2 "Chlamydie ricerca diretta (IF)" oppure 90.90.3 " Chlamydie ricerca diretta (mediante ibridazione).</p> <p>N.B. In tali casi non è corretto rendicontare la ricerca della Chlamydie con metodica di biologia molecolare (non esplicitamente richiesta nella prescrizione).<br/>         La richiesta di eventuali altri germi patogeni deve essere specificata sulla ricetta.</p> <p>Nel caso di richiesta generica di <i>tampone vaginale</i>, non potranno essere rendicontate in aggiunta altre prestazioni effettuate su sedi diverse (es. rettale, vulvare).</p> <p>N.B. Nel caso in cui gli esami colturali per batteri, miceti, parassiti o virus risultino positivi e sia pertanto necessario effettuare l'IDENTIFICAZIONE biochimica e/o sierologia e/o microscopica e, limitatamente ai batteri patogeni, l'eventuale ANTIBIOGRAMMA, tali</p> |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>prestazioni possono essere effettuate direttamente dallo specialista di laboratorio anche se non richieste dal medico.<br/>         Es: Tampone vaginale negativo = 1 prestazione (es. colturale apparato urogenitario Cod 90.93.4)<br/>         Tampone vaginale positivo per lieviti = 2 prestazioni (es. colturale più identificazione biochimica Cod 90.97.4)</p> <p>Il ritrovamento nello stesso campione di più agenti patogeni dà luogo alla fatturazione di un'unica prestazione: es. colturale e necessarie identificazioni.</p>  |
| <p>CRITERIO L<br/>URINOCOLTURA</p>         | <p>Cod. 90.94.2 Urinocoltura e P.A.R. test (batteri potere antibatterico residuo) Cod. 90.87.1: la contemporanea presenza di tali codici in più del 5% delle urinocolture complessive, eseguite presso il medesimo erogatore, costituisce indicazione al controllo di eventuali discrepanze tra prescrizione e refertazione.</p> <p>Il saggio di inibizione della crescita è indicato nei trattamenti antibiotici ripetuti Cod. 90.87.1</p> <p>DGR 2057/2011 modifica descrizione e tariffa dal 90° giorno dalla data di pubblicazione sul BURL (02/11/2011):</p> <p>In via sperimentale, limitatamente alle richieste di urinocoltura modifica la descrizione della prestazione 90.94.2 "esame colturale dell'urina" in - ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni, incluso conta batterica ed eventuale identificazione dei microrganismi isolati e antibiogramma - senza dover provvedere all'emissione di un aggiornamento di partecipazione alla spesa.</p> <p>L'allegato E fornisce indicazioni in merito all'appropriatezza della richiesta dell'esame colturale delle urine.</p> <p><b>Cod. 90.94.2 ripetuti non possono essere contemporaneamente presenti.</b></p> |
| <p>COLESTEROLO LDL<br/>(EX CRITERIO N)</p> | <p>Il NTR introdotto con DGR 10804/2009 attribuisce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• codice 90.13.B (tariffa 0,00) alla prestazione colesterolo LDL (calcolo indiretto), erogabile solo in associazione ai codici: 90.14.3 "Colesterolo totale", 90.43.2 "Trigliceridi", 90.14.1 "Colesterolo HDL"</li> <li>• cod. 90.13.C alla prestazione colesterolo LDL (determinazione diretta)</li> </ul> <p>La richiesta generica Colesterolo va codificata come colesterolo totale</p> <p>Le richieste generiche di Colesterolo frazionato, Quadro lipidico e similari, devono essere interpretate come richiesta congiunta di "Colesterolo totale" Colesterolo HDL "Trigliceridi" "Colesterolo LDL"</p> <p>NB: Eliminata la prestazione identificata dal codice 90.14.2 (Colesterolo LDL)</p> <p>Cod. 99.79.1 - LDL aferesi selettiva (introdotta nel NTR con DGR 2633/2011) è indicata nei casi gravi di ipercolesterolemia familiare omozigote od eterozigote e di altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e pluri-farmacologica. Prestazione effettuabile solo in ambulatorio protetto (nota IHR)</p>   |
| <p>CRITERIO M</p>                          | <p>90.85.2 BATTERI ANTIBIOGRAMMA M.I.C. (concentrazione minima inibente): il riscontro di tale evenienza, in quantità maggiore del 5% degli antibiogrammi complessivi eseguiti presso il medesimo erogatore, costituisce indicazione al controllo di eventuali discrepanze tra prescrizione e refertazione.</p> <p>L'antibiogramma solitamente viene eseguito con metodica Kirbj Bauer o Break Point (medesima codifica 90851)</p>  |
| <p>HUMAN PAPILLOMA VIRUS</p>               | <p>La prestazione identificata dal codice 91.36.5 (estrazione DNA/RNA) è ricompresa nelle prestazioni di Biologia Molecolare di nuova introduzione nel 2010 che sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>cod. 91.24.9 HPV analisi qualitative DNA</li> <li>cod. 91.24.A HPV mediante ibridazione diretta</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>cod. 91.24.B HPV tipizzazione genomica<br/>cod. 91.24.C HPV tipizzazione genomica mediante sequenziamento</p> <p>La richiesta generica di HPV-DNA o HPV-DNA test corrisponde alla sola codifica 91.24.9; la richiesta HPV-DNA o HPV-DNA test e tipizzazione corrisponde alla sola codifica 91.24.9 in caso di negatività o alla sola codifica 91.24.B/C in caso di positività.</p> <p>Si ricorda che l'utilizzo di tali codifiche è vincolato ai criteri di appropriatezza (età, periodicità, etc.) previsti dalla circolare 5/SAN /2010 "Programma regionale per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina" <u>a cui si rimanda</u>. L'utilizzo della genotipizzazione al di fuori dei protocolli clinici di ricerca è potenzialmente dannoso.</p>   |
| QUANTIFERON  | <p>Test di stimolazione linfocitaria con un mitogeno che va codificato con il solo cod. 90.77.3 "test di stimolazione linfocitaria" -per mitogeno (verbale GdL AAC 09/05/2012).</p>   |
| <p>ESTRAZIONE DNA o RNA</p> <p>Cod. 91.36.5</p>  | <p>Se vengono eseguiti più esami sullo stesso materiale biologico (sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali), la voce ESTRAZIONE DNA O RNA (nucleare o mitocondriale) deve essere rendicontata una sola volta.</p> <p>La voce "estrazione DNA o RNA non identifica una precisa prestazione riconducibile a un quesito diagnostico posto dal prescrittore, bensì identifica parte di procedure di diverse prestazioni di biologia molecolare. Ne consegue che tale voce può essere codificata solo in associazione a determinati esami, così come previsto nelle Linee Guida al NTR.</p> <p>Stessa modalità di codifica deve essere adottata per le voci "Digestione del DNA con enzimi di restrizione" Cod. 91.36.4 e "Ibridazione con sonda molecolare" cod. 91.37.1.</p> <p>La prestazione identificata dal cod. 91.36.5 è inoltre ricompresa nella prestazione cod. 91.36.9 "<i>Ibridazione Genomica Comparativa. Inclusa Estrazione, Amplificazione e Rivelazione</i>", esplicitata nel NTR con DGR 2057 del 28/11/2011</p> |
| <p>HBV ACIDI NUCLEICI<br/>IBRIDAZIONE</p> <p>(previa reazione polimerasica a catena)</p> <p>Cod. 91.17.3</p> | <p>La voce "HBV acidi nucleici ibridazione" cod. 91.17.3, non deve essere codificata insieme alla voce "Ibridazione con sonda molecolare" cod. 91.37.1, come da Linee guida per la corretta applicazione al NTR (per le prestazioni che riportano la dizione "reazione polimerasica a catena" la stessa s'intende riferita in senso lato all'utilizzo ove esistenti di equivalenti tecniche di amplificazione genica).</p>  |

|  |   |
|--|---|
| PRESTAZIONI DI CITOGENETICA  | <p>L'all. B della DGR 2057/2011 stabilisce modalità vincolanti per l'accesso, definisce combinazioni di prestazioni di citogenetica ritenute sufficienti per produrre un referto appropriato e che sono riconosciute e remunerate agli erogatori, identifica i professionisti abilitati alla prescrizione.</p>  |
| PRESTAZIONI DI CITOGENETICA E DI ONCOEMATOLOGIA E ONCOLOGIA MOLECOLARE | <p><b>L'allegato B</b> della DGR 4716 del 23/01/2013 riporta nuove codifiche di specifiche analisi di genetica medica utilizzabili a decorrere dal 28/04/2013 secondo i relativi criteri di appropriatezza prescrittiva.<br/>NB Le suddette prestazioni <b>includono</b> sempre l'estrazione di DNA/RNA cod. 91.36.5 ed ulteriori codici distinti per ciascuna prestazione.</p> <p><b>L'allegato C</b> della DGR 4716 del 23/01/2013 specifica i possibili prescrittori e le modalità di raccolta del consenso informato per l'esecuzione di analisi di genetica medica di cui all'allegato B.<br/>In particolare è opportuno che le prescrizioni di Genetica Medica originino dai <u>medici specialisti in possesso del ricettario regionale</u> e dai MMG, sempre a seguito di indicazione specialistica.<br/>Lo specialista, oltre a compilare l'impegnativa, completa di quesito diagnostico, acquisisce il consenso informato.<br/>Le richieste <b>non a carico del SSR</b> possono essere fatte dagli specialisti individuati nella DGR che dovranno <b>in ogni caso</b> acquisire il consenso informato che dovrà essere consegnato dall'utente al laboratorio accettante.<br/>N.B.<br/>Se la richiesta è eseguita dal MMG deve contenere in modo obbligatorio anche la prestazione "prima visita di genetica medica" cod. 89.7.B.1. Sarà lo specialista a verificare la richiesta e ad acquisire il consenso informato in duplice copia.</p> <p>Circolare Regionale n°13 del 28/05/2013 ad oggetto: <i>"Indicazioni sulle procedure per l'esecuzione delle analisi di Medicina di Laboratorio di Genetica Medica di cui alla DGR 4716/2013"</i>: fornisce i FAC-simili dei moduli per la raccolta del consenso informato da parte dello <b>specialista</b>. Si ricorda che <u>una</u> copia del consenso informato dovrà essere conservata dallo Specialista, e <u>due</u> dovranno essere consegnate all'interessato, che provvederà a conservarne una e a consegnare l'altra al laboratorio a cui accede.<br/>Nel caso di analisi fatte eseguire in "service" il laboratorio che accetta i campioni deve trasmettere copia del consenso informato al Laboratorio che esegue le analisi.</p> <p><b>Test genetici.</b><br/>Ulteriori indicazioni di appropriatezza prescrittiva (DGR X/ 2313 01/08/2014):<br/>non esistono indicazioni alla ripetizione dei test, sia in caso di positività, sia di negatività dei risultati, ad eccezione del fatto che gli esiti non siano congrui con la clinica o che, in caso di negatività, siano disponibili nuovi test o nuove metodologie in grado di riconoscere variazioni non identificabili in precedenza.<br/>In caso di ripetizione della prestazione a carico del SSR, il prescrittore deve produrre adeguata motivazione allegandola alla prescrizione stessa.</p> |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| CODIFICHE ASSIMILABILI                | <p>In assenza di codici specifici nel vigente nomenclatore, la Direzione Generale Sanità ha fornito le seguenti indicazioni:</p> <p>PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA BIOMOLECOLARE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi di mutazione mediante oligonucleotide ligation assay assimilabile a cod. 91.30.1 (analisi di mutazione del DNA)</li> <li>• Analisi del ri-arrangiamento genico del gene TCR e delle IGH assimilabile a cod. 91.30.2 (analisi di polimorfismi STR, VNTR)</li> <li>• Ricerca di mutazione mediante DHPLC o mediante TGGE assimilabile a cod. 91.38.1 (ricerca mutazione mediante DGGE)</li> </ul>  |
| ANALISI MUTAZIONE DNA<br>Cod. 91.30.1 | <p>Codificabile una volta da 2 a 10 mutazioni : esempio analisi di mutazione DNA su 27 mutazioni<br/>         Cod. 91.30.1 quantità 1<br/>         Cod. 91.30.1 quantità 1<br/>         Cod. 91.30.1 quantità 1<br/>         Attenzione ai nuovi codici introdotti dalla DGR 4716/2013.</p>   |
| SECOND OPINION                        | <p>La “second opinion” riferita ad esami radiografici e/o di lettura vetrini per esame istologico, eseguiti presso altro Erogatore, non possono rappresentare un costo per il SSR e pertanto non possono essere rendicontati con il debito informativo di cui alla circolare 28/SAN.</p>  |
| GRUPPO SANGUIGNO<br>Cod. 90.65.3      | <p>La richiesta di gruppo sanguigno comporta la codifica della sola prestazione 90.65.3, con l'eccezione del caso in cui all'esame si evidenziasse un fattore RH negativo (D Negativo) e fosse quindi necessario eseguire l'esame Du Variante ricerca (90.61.6),</p>  |
| TSH -R<br>Cod. 90.41.8                | <p>DGR 2057/2011 all. C aggiorna il nomenclatore inserendo la prestazione: TIREOTROPINA RIFLESSA</p> <p>Tireotropina Riflessa (TSH -R) “TSH Incluso eventuale dosaggio di FT4 e FT3” (nel caso in cui il TSH – R non rientri nei limiti stabiliti).</p> <p>Con tale prescrizione, il laboratorio effettua la prestazione iniziale e procede, se necessario, ai successivi approfondimenti, secondo le indicazioni riportate nell'allegato C, senza ulteriori prescrizioni.</p> <p>Non si può prescrivere e rendicontare contemporaneamente la prestazione con cod. 90.41.8 e quelle con cod. 90.42.1(TSH), cod. 90.42.3 (FT4) o cod. 90.43.3 FT3.</p> <p>N.B. Le prestazioni incluse non danno luogo a richieste di partecipazioni a spese ulteriori per il cittadino.</p> <p>In caso di prescrizioni non corrispondenti alle indicazioni Regionali della DGR 2057/2011, l'erogatore sarà tenuto ad effettuare comunque la prestazione corretta (senza rifare l'impegnativa) e si attiverà per segnalare alla ASL di competenza l'errore prescrittivo. Si precisa altresì che il dosaggio del TSH-R è da considerarsi esente nelle medesime situazioni previste per il dosaggio del TSH. (Verbale GdLAAC 09/05/2012).</p> <p>Regole corretta prescrizione</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nei soggetti esenti per accertata patologia tiroidea (esenzioni 016, 027, 035, 044, 056) o qualora il prescrittore apponga il quesito diagnostico “<u>approfondimenti per patologia tiroidea</u>”, possono essere prescritti sia TSH che FT3 e/o FT4</li> <li>• Nei soggetti non esenti, se si sospetta una disfunzione tiroidea o qualora sia necessario accertare la funzionalità tiroidea (es. utilizzo mezzi di contrasto) dovrà essere prescritto solo TSH –R.</li> </ul> |

|  |   |
|--|---|
| PSA<br>Cod. 90.56.5                                    | <p>DGR 2057/2011 all. D aggiorna il nomenclatore modificando la descrizione della prestazione:<br/>da ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) ad ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) INCLUSO EVENTUALE DOSAGGIO DELLA FRAZIONE LIBERA.</p> <p>Il laboratorio effettuerà il PSA libero, se necessario, senza ulteriori prescrizioni.</p> <p>Non può essere richiesto il solo dosaggio del PSA LIBERO cod. 90.56.6, prestazione che viene <u>eliminata</u> nel Nomenclatore.<br/>Le prestazioni incluse non danno luogo a richieste di partecipazioni a spese ulteriori per il cittadino.</p>   |
| DOSAGGIO ANTICORPALE                                   | <p>Le linee guida prevedono che la richiesta generica da parte del curante di anticorpi vada intesa come ricerca di anticorpi anti Ig.G o Ig totali, mentre le Ig.M possono essere effettuate solo se espressamente richieste o se in prescrizione è riportato il sospetto diagnostico di infezione.</p> <p>A tale regola fa eccezione la richiesta generica "complesso TORCH", Ac antiToxo e Ac Antirubeo che può essere intesa come richiesta congiunta sia di IgM che di IgG.</p>  |
| CELIACHIA  | <p>Il NTR introdotto con DGR 10804/2009 attribuisce il codice 90.53.D alla prestazione Anticorpi anti transglutaminasi (IgG, IgA). Tale codifica, pertanto, sostituisce la precedente indicazione fornita tramite lo strumento "Interpello" in cui tale esame era assimilabile al cod. 90.49.5 "anticorpi antigliadina"(IgG, IgA).</p> <p><b>Aggiornamento del NTR (DGR X/ 2313 01/08/2014):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifica della descrizione della prestazione cod. 90.49.5 "ANTICORPI ANTIGLIADINA o ANTICORPI ANTIGLIADINA DEAMIDATA (IgG, IgA)"</li> <li>• Introduzione della prestazione 90.53.G "ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgA o IgG) Riflessa. Incluso dosaggio di immunoglobuline IgA. Incluso eventuali Anticorpi anti Gliadina Deamidata IgA e/o IgG, Anticorpi anti Endomisio".</li> </ul> <p><b>Prima dell'esecuzione degli anticorpi antitransglutaminasi deve essere noto il livello delle IgA totali nel siero.</b></p>  |
| DOSAGGIO DEL TOPIRAMATO E ALTRI FARMACI ANTIEPILETTICI | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codificare con 90.12.3 "CARBAMAZEPINA" ("Interpello" 15/11/2007)</li> <li>• Codificare con 90.20.A "FARMACI ANTI EPILETTICI (Metodi immunometrici) dal 1 gennaio 2010 (NTR 2010)</li> </ul> <p><b>ESENZIONE 017- Epilessia, la DGR X/ 2313 01/08/2014 fornisce ulteriori indicazioni ad integrazione della DGR 3976/2012:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• anche il dosaggio di nuovi farmaci antiepilettici (Gabapentin, Lamotrigina, Levetiracetam, Topiramato, Zonisamide) con metodi immunometrici, è erogabile in esenzione per la condizione "017 Epilessia" e il dosaggio va ricondotto alla prestazione cod. 90.20.A "FARMACI ANTIEPILETTICI (metodi immunometrici)" qualunque sia il metodo di dosaggio utilizzato.</li> <li>• per i farmaci il cui dosaggio sia unicamente eseguibile con i metodi immunocromatografici (GC, HPLC, LC-MS/MS), quali Eslicarbazepina, Felbamato, Lacosamide, Oxcarbazepina, Pregabalin, Rufinamide, Stiripentolo, Tiagabina, Vigabatrin, il dosaggio va ricondotto alla prestazione 90.20.6 "FARMACI DOSAGGIO QUANTITATIVO IN CROMATOGRAFIA"</li> </ul> |

|  |  |
|--|--|
| DOSAGGIO DI CROMOGRANINA A   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Codificare con 90.18.4 “Enolasi neurospecifica” (“Interpello” 05/11/2008)</li> <li>• Codificare con 90.16.8 CROMOGRANINA A dal 1 gennaio 2010 (NTR 2010)</li> </ul>   |
| CODICI NOMENCLATORE TARIFFARIO PER HLA   | <p>Tipizzazione genomica HLA-A, B, Cw :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>a bassa risoluzione</u> rispettivamente (codici 90.78.2, 90.78.4, 90.79.1)</li> <li>• <u>in alta risoluzione</u> (codice 91.30.2)</li> </ul> <p>Usare voce del “sequenziamento” solo quando effettivamente eseguito (Interpello 19/02/2010)</p>  |
| “ESAMI ASSOCIATI ALL’ATTIVITÀ DI VALIDAZIONE UNITÀ DI SANGUE. TEST PER HIV 1-2, HCV, HBV”<br>Prestazione T0050 | <p><u>Non</u> dovrà essere rendicontata attraverso il tracciato di cui alla circolare 28/SAN e smi.</p>  |
| ESAMI IN SERVICE   | <p><u>DGR n°X/1185 del 20.12.2013, ALLEGATO 3 - SUB ALLEGATO B “Controlli”</u></p> <p>Per tutte le prestazioni di Medicina di laboratorio, su qualsiasi materiale vengano eseguite (sangue, urine, fluidi biologici, tessuti biotipici, ecc.), qualora vengano inviate ad un laboratorio esterno alla Struttura che ha eseguito il prelievo, devono essere rispettate le modalità previste dal DDG Sanità n°42811/1999.</p> <p>E’ cura della Direzione Sanitaria della Struttura inviante verificare che tali prestazioni non siano eseguite anche in sede.</p> <p>Il laboratorio della Struttura inviante deve farsi carico di mettere in atto le procedure fornite dal laboratorio che eseguirà le prestazioni per garantire il corretto prelievo, la corretta conservazione e il corretto trasporto.</p> <p>Non è previsto dalla normativa vigente un rapporto diretto tra clinici e laboratori esterni.</p> <p>Non deve esistere alcuna intermediazione tra i laboratori, fornita da ditte commerciali (anche laddove si tratti di analisi specialistiche su materiali biotipici).</p> <p>Si rammenta che, come precisato dalla circolare 30/san 2001, non è ammesso che il service avvenga tramite “TRIANGOLAZIONE” ovvero che ad esempio, il laboratorio A invii in “service” un esame al laboratorio B e che quest’ultimo lo invii a sua volta al laboratorio C.</p> <p>Si ricorda che nel caso un utente esterno acceda con impegnativa del SSR a un laboratorio, non eseguendo direttamente una o più prestazioni, le invii in “service” a un altro laboratorio, tale impegnativa deve essere trattenuta dalla Struttura presso cui è avvenuto l’accesso e che la stessa Struttura debba anche a rendicontarla in 28/SAN. <b>OVVIAMENTE LE STESSE ANALISI NON DEVONO ESSERE RENDICONTATE, IN 28/SAN, DAI LABORATORI CHE HANNO ESEGUITO LE ANALISI INVIATE LORO IN “SERVICE”.</b> Quanto sopra esposto vale anche nel caso di laboratori che abbiano sede al di fuori della Regione Lombardia.</p> |

|   |   |
|---|---|
| ESENZIONE PER GRAVIDANZA                  | <p>La DGR X/ 2313 01/08/2014 fornisce ulteriori indicazioni ad integrazione della DGR 3976/2012.<br/>Per la tutela della gravidanza, in fase pre-concezionale, sia per la donna sia per l'uomo, le cui condizioni sono:<br/>"M00 Gravidanza in epoca pre-concezionale", e "M1/M13 (Gravidanza dalla prima alla 13° settimana)</p> <p>Si ritiene che in fase di screening in alternativa alle prestazioni già esenti</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• cod. 91.10.5 "TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI..."</li><li>• cod. 91.11.1 "TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI CARDIOLIPINA ..."</li></ul> <p>possa essere considerata esente da compartecipazione alla spesa nelle condizioni di cui sopra, anche la prestazione</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• cod. 91.10.2 "TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)"</li></ul> |
| Test per l'utilizzo di mezzi di contrasto | <p>DGR X/ 2313 01/08/2014</p> <p>Per la valutazione del rischio di nefropatia da mezzi di contrasto si raccomanda la determinazione della <u>creatininemia basale</u>, mentre non si ritengono necessari esami specifici per escludere la presenza di gammopatie monoclonali quali l'elettroforesi siero proteica, la ricerca nelle urine della proteina di Bence Jones e la determinazione delle catene leggere libere plasmatiche.</p> <p>Le misure di prevenzione della nefropatia da m.d.c. e di sorveglianza degli eventuali effetti nefrotossici, nei pazienti con insufficienza renale, comprendono la valutazione della funzionalità renale.</p>  |

## 6. DIAGNOSTICA CEREBRALE – CARDIOLOGICA – OSTETRICO GINECOLOGICA – ETC.

|  |   |
|--|---|
| SCINTIGRAFIA CEREBRALE<br>CON TRACCIANTE RADIO<br>RECETTORIALE | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cod. 92.11.5 tomoscintigrafia cerebrale SPET</li> <li>• Cod. 92.11.6 tomoscintigrafia cerebrale qualitativa PET</li> <li>• Cod. 92.11.7 tomoscintigrafia cerebrale quantitativa PET</li> </ul> <p style="text-align: center;">(Verbale GdL _AAC del 09/11/2011)</p>  |
| RMN DEL CERVELLO CON<br>SPETTROSCOPIA                          | Assimilabile a uno dei seguenti codici: 89.91.1, 88.91.2<br>(non rendicontabili abbinati o con quantità diversa da 1 – “interpello” 14 novembre 2007)   |
| ANGIO RM<br>Cod. 88.91.5                                       | L'angio-RM del distretto vascolare intracranico cod. 88.91.5 non è ricompresa nelle prestazioni con cod. 88.91.2 - RM cervello e tronco encefalico senza e con mdc e cod. 88.91.1 - RM cervello e tronco encefalico e può quindi essere rendicontata a parte (Verbale GdL AAC del 9/05/2012).   |
| ECOGRAFIA CARDIACA   | <p>Cod. 88.72.1 (Ecografia cardiaca) e Cod. 88.72.2 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo) e Cod. 88.72.3 (Ecocolordopplergrafia cardiaca a riposo e <u>dopo prova fisica o farmacologica</u>) e 88.72.A ecografia cardiaca senza e con mezzo di contrasto come da DGR 621/2010.</p> <p>88.72.4 (Ecocolordopplergrafia cardiaca trans esofagea) e cod. 88.72.1, 88.72.2, 88.72.3</p> <p>NB: le prestazioni identificate dai codici 88723 e 88724 riportano nell'attuale NTR la nota H e pertanto sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia situati presso istituti di ricovero accreditati pubblici e privati.</p> <p>La prestazione 88.72.2 “<i>ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA a riposo</i>” risulta essere esente secondo le condizioni previste dal Decreto Ministeriale – Ministero della Sanità 21 maggio 2001. n. 296 (DGR 621/2010)</p> |
| ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS<br>cod 88.72.3                       | L'ecocardiografia da stress (cod.88.72.3) non è associabile con il (cod. 89.43) “test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro” (Verbale GdL AAC 21/06/2012).   |
| TOMOSCINTIGRAFIA<br>MIOCARDICA DI PERFUSIONE<br>DOPO STIMOLO   | Codificare solo 92.09.2 "Tomoscintigrafia miocardica di perfusione dopo stimolo" anche se, a completamento dell'esame, si esegue il "Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro" (cod. 8943).(Interpello 23/02/2009)   |
| Cod. 89.48.1   | CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER Incluso: ECG (89.52) - per prestazioni prenotate dal 1 gennaio 2010 al 14 febbraio 2010.   |
| ANGIOTC AORTA ADDOMINALE                                       | Tale prestazione è assimilabile a cod. 88.01.2 (TC Addome sup. senza e con m.d.c.) Interpello 15/11/2007.   |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| ANGIOTC AORTA TORACICA                | Tale prestazione è assimilabile per analogia alla precedente a cod. 87.41.1 (TC torace senza e con m.d.c.)  |
| ECOCOLORDOPPLER DELL'AORTA ADDOMINALE | Codificare con 88.76.2 "Ecografia dei grossi vasi addominali " (Interpello 07/10/2009)  |
| SOMMINISTRAZIONE Ig anti-D            | La somministrazione di Ig anti-D per la prevenzione della MEN in paziente Rh negativa va rendicontata con Cod. 99.2A "Iniezione o infusione di farmaci specifici (ipodermica, intramuscolare, intravenosa)" + farmaco in file F   |
| AMNIOCENTESI/PRELIEVO VILLI CORIALI   | L'ecografia ostetrica contestuale alla procedura è ricompresa nella procedura stessa.<br>Può essere prescritta e rendicontata con il cod. 88.78 «Ecografia ostetrica» l'eventuale ECOGRAFIA DI CONTROLLO POST-PROCEDURA   |
| ISTEROSONOGRAFIA                      | Ecografia pelvica transvaginale eseguita previa insufflazioni di 20-30cc di soluzione fisiologica con catetere sterile, per la quale si ritiene corretta l'assimilazione al SOLO codice 88.79.7 (eco transvaginale). Verbale GdL del 09/05/2012   |
| ECOCOLORDOPPLER DEL TESTICOLO         | Assimilabile al cod.88.75.2 – Ecocolordoppler dell'addome inferiore (Interpello 13 marzo 2009)  |
| Cod. 88.90.2                          | RICOSTRUZIONE 3D TC dal 1 gennaio 2010 cita al codice 92.29.5 "Studio fisico-dosimetrico con elaboratore su scansioni" ("Interpello" 15/02/2010)<br>NB: il cod. 88.90.2 può inoltre essere associato a 87.03.2 "TC massiccio facciale senza mdc" e 87.03.3 "TC massiccio facciale senza e con mdc" e non ad altre indagini TC   |
| Cod. 33.22                            | ECOENDOSCOPIA BRONCHI POLMONE-MEDIASTINO IN CORSO DI FIBROBRONCOSCOPIA (in sigla E.B.U.S).<br>Si ritiene di utilizzare il codice "Broncoscopia con fibre ottiche" ("Interpello 15/02/2010)<br>Con DGR 3976 del 06/08/2012 vengono integrate le indicazioni al fine di favorire una corretta identificazione delle procedure nonché delle condizioni operative richieste per l'appropriata effettuazione delle stesse. |
| FIBROSCAN (ELASTOGRAFIA EPATICA)      | Assimilabile al cod. 88.74.2 "Eco[ <i>color</i> ]doppler del fegato e delle vie biliari" ("Interpello" 07/05/2012)  |
| PET-CT                                | DDGS n° 5323 19/06/2014 Approvazione del documento tecnico "Raccomandazioni per l'uso appropriato della 18F-FDG PET-CT in oncologia" (trasmesso dalla Regione con nota H1.2014.0022386 del 23/06/2014).   |

| CODICE  | 7. PRESTAZIONI INCLUSE NEI CODICI VISITA O IN ALTRE PRESTAZIONI   | COD. NON ASSOCIABILE               |
|---------|---|------------------------------------|
| 89.13   | PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)   | 95.09.1<br>94.02.1                 |
| 95.02   | PRIMA VISITA OCULISTICA Incluso: Esame del visus, refrazione con eventuale prescrizione di lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi con o senza midriasi farmacologica   | 95.09.1<br>95.26, 95.01<br>95.13.2 |
| 95.09.1 | ESAME DEL FUNDUS OCULI  | 95.02, 89.13                       |
| 89.7B.5 | PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLO – FACCIALE Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione   | 98.01, 87.11.1                     |
| 98.01   | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE  | 89.7B.5                            |
| 89.13.1 | Visita neurologica di controllo   | 02.93.1                            |
| 89.7B.8 | PRIMA VISITA ORL Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume, rimozione di corpo estraneo dall'orecchio o dal naso senza incisione (per prestazioni prenotate dal 1 gennaio 2010 al 14 febbraio 2010).<br>Comprende la prestazione "irrigazione dell'orecchio con rimozione di cerume" (cod. 96.52) che non può essere rendicontato in aggiunta-(come da indicazioni ASL 2008) | 98.11, 18.19<br>98.12, 95.44.2     |
| 89.26.1 | PRIMA VISITA GINECOLOGICA Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione. Non associabile a 89.26.3   | 89.26.3<br>98.17<br>91.48.4        |
| 89.26.2 | VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO Incluso: eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione  | 89.26.4<br>98.17<br>97.71          |
| 89.26.3 | PRIMA VISITA OSTETRICA Non associabile a 89.26.1  | 89.26.1                            |
| 89.26.4 | VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO Non associabile al codice 89.26.2   | 89.26.2                            |
| 97.71   | RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO intrauterino o intradermico sottocutaneo di progestinico  | 89.26.2                            |
| 98.17   | RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE   | 89.26.1<br>89.26.2                 |
| 91.48.4 | PRELIEVO CITOLOGICO   | 89.26.1                            |
| 89.7A.7 | Prima visita dermatologica incluso osservazione in epiluminescenza (escluso videodermatoscopia cod. 89.39.6)  |                                    |

## 8. PRESTAZIONI DI GASTROENTEROLOGIA

|  |  |
|--|--|
| COLONSCOPIA<br>Cod. 45.23                    | 46.85.1 (Dilatazione dell'intestino) include 45.23 (Colonscopia con endoscopio flessibile)   |
| SIGMOIDOSCOPIA<br>Cod. 45.24                 | 46.85.1 (Dilatazione dell'intestino) include 45.24 (Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile)  |
| EGDS<br>Cod. 45.13                           | 44.22.1 (Dilatazione endoscopica dello stomaco) include 45.13 (Esofagogastroduodenoscopia)   |
| ESOFAGOGASTRO<br>DUODENOSCOPIA<br>Cod. 45.13 | <p>A fronte di richiesta del medico prescrittore di "esofagogastroduodenoscopia" le prestazioni rendicontabili sono rappresentate da:<br/>cod. 45.13 (EGDS),<br/>oppure<br/>cod. 45.16 (EGDS con biopsia) qualora durante l'EGDS venga effettuata la biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno.<br/>A questa è associabile previa corrispondente prescrizione dello specialista:<br/>cod. 91.41.3 = esame istocitopatologico apparato digerente (biopsia endoscopica su sede unica)<br/>oppure<br/>cod. 91.41.4 = esame istocitopatologico apparato digerente (biopsia endoscopica su sedi multiple)</p> <p>N.B.: La valutazione del paziente e l'eventuale sedazione e controllo ossimetrico sono ricompresi nella prestazione diagnostica effettuata (Interpello 16/12/2009)</p> <p>Si precisa che se il paziente sceglie di effettuare l'esame in regime di solvenza, anche l'eventuale biopsia è da ritenersi a carico dello stesso.</p> |
| COLONSCOPIA                                  | <p>Per uno stesso paziente e nel medesimo giorno, non possono essere contemporaneamente presenti i seguenti codici:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• cod. 45.23 (colonscopia con endoscopio flessibile),</li> <li>• cod. 45.23.1 (colonscopia – ileoscopia retrograda)</li> <li>• cod. 45.25 (colonscopia con biopsia)</li> <li>• cod. 45.42 (polipectomia endoscopica di uno o più polipi dell'intestino crasso)</li> </ul> <p>La valutazione del paziente e l'eventuale sedazione e controllo ossimetrico sono ricompresi nella prestazione diagnostica effettuata (Interpello 16/12/2009).</p>  |
| ENTEROTAC                                    | Colonscopia virtuale con TAC spirale multistrato assimilabile al cod. 88.01.6 (TAC addome completo senza e con contrasto) – (Interpello 11/03/2009).   |

|   |  |
|---|--|
| <p>VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA</p>                               | <p>A decorrere dalle prenotazioni 1 gennaio 2011 (D.G.R. 937 del 1.12.2010) possono essere prenotate le seguenti prestazioni di specialistica ambulatoriale se rispondenti ai relativi criteri di appropriatezza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cod. 45.13.1 (enteroscopia con microcamera ingeribile (VCE))</li> <li>• Cod. 45.13.A (enteroscopia per via anterograda con pallone (BAE))</li> <li>• Cod. 45.13.B (enteroscopia per via anterograda con pallone (BAE) con biopsia)</li> <li>• Cod. 45.23.A (ileocolonscopia per via retrograda con pallone (BAE))</li> <li>• Cod. 45.23.B (ileocolonscopia per via retrograda con pallone (BAE) con biopsia)</li> </ul> <p>La VIDEOCAPSULA ENDOSCOPICA – precedentemente codificabile in assimilazione al cod. 45.13 (Interpello 08/10/2009) non è appropriata come indagine di primo livello bensì è prescrivibile in sanguinamento intestinale oscuro con EGDS e colonscopie negative, sospetta malattia di Crohn-digiuno-ileale con altre diagnosi non conclusive, follow-up di sindromi poliposiche, malattia celiaca refrattaria/sospetto linfoma.</p> |
| <p>ALTRE CODIFICHE DELLA<br/>BRANCA<br/>GASTROENTEROLOGIA</p> | <p>DGR 2633/2011</p> <p>Cod. 42.29.3 Impedenziometria Esofagea (Ph-Imp)</p> <p>Cod. 44.14.1 Ecoendoscopia Sup. (Esofago, Stomaco, Duodeno) Con Biopsia</p> <p>Cod. 44.19.3 Ecoendoscopia Sup. (Esofago, Stomaco, Duodeno)</p> <p>Cod. 48.24.1 Ecoendoscopia Inf. (Retto,Colon) Con Biopsia</p> <p>Cod. 48.29.2 Ecoendoscopia Inf. (Retto,Colon)</p> <p>Cod. 52.13.1 Ecoendoscopia del Pancreas</p> <p>Cod. 52.14.1 Ecoendoscopia del Pancreas Con Biopsia</p>  |
| <p>Cod. 43.11.1</p>   | <p>Sostituzione PEG DGR 10804/2009 introduce nel NTR la prestazione: sostituzione gastrostomia e/o digiunostomia percutanea</p>  |

## 9. LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

### PRESTAZIONI PARZIALMENTE ESCLUSE DAI LEA IN QUANTO EROGABILI SOLO SECONDO SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICHE

|                          |   |
|--------------------------|---|
| ASSISTENZA ODONTOIATRICA | <p><b>LEA ODONTOIATRICI</b></p> <p>Si ricorda che l'allegato 1 alla DGR n. 3111/2006 e s. m. e i., individua i criteri clinici e socioeconomici necessari per poter fruire con il S.S.R. dell'assistenza odontoiatrica se residenti in Regione Lombardia.</p> <p><b>ODONTOIATRIA D'URGENZA</b></p> <p>Le strutture accreditate con il SSR assicurano il trattamento delle emergenze algiche, di quelle legate a processi infiammatori acuti e di quelle relative ai traumi dentali.</p> <p><b>PRECISAZIONI</b></p> <p>Le prestazioni seguenti possono essere effettuate con apparecchiature con tecnologia "Cone Beam Computerd Tomography", per indagini distretto maxillo –facciale (GdL_AAC Regionale del 21.09.2011).</p> <p>87.03.2 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) del massiccio facciale (mascellare, seni paranasali, etmoide, articolaz. temporo mandibolari)</p> <p>87.03.4 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) delle arcate dentarie (DENTALSCAN) per ciascuna arcata dentaria (nota RL prot. N. H1.2012 .0024049 del 02.08.2012).</p> <p><b>DENTALSCAN</b></p> <p>L'esame DENTALSCAN può essere prescritto a carico del SSR dal MMG su indicazione specialistica o dallo specialista stesso per valutare lo stato della dentizione nei soggetti in età dello sviluppo, per evidenziare eventuali malformazioni dentarie o denti inclusi e per ricercare lesioni ossee, infiammatorie, cistiche o tumorali a carico degli alveoli e degli altri costituenti scheletrici che circondano i denti.</p> <p>L'esame DENTALSCAN non può essere prescritto a carico del SSR a cittadini quando l'indagine è finalizzata ad interventi non ricompresi nei LEA tra cui l'implantologia. In tali circostanze i cittadini sono tenuti a corrispondere l'intero importo delle prestazioni sia diagnostiche che terapeutiche.</p> |
|--------------------------|---|

|   |   |
|---|---|
| TRATTAMENTO ORTODONTICO   | INCLUDE le visite di controllo (“Interpello 23 febbraio 2009).  |
| MEDICINA FISICA E DELLA RIABILITAZIONE:<br>SCHEDA RIABILITATIVA AMBULATORIALE | <p>LEA RIABILITATIVI</p> <p>La DGR 3111/2006 – allegato 2 e la DGR VIII/7292 del 19 maggio 2008, prevedono, per le attività sanitarie ambulatoriali di riabilitazione, la predisposizione della documentazione necessaria ai fini del riconoscimento e remunerazione delle prestazioni.<br/>         Oltre all’impegnativa del SSR che attesti la richiesta di presa in carico, la cartella riabilitativa deve contenere:</p> <p><i>Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi individuali (pri).</i><br/>         PRI e pri per utenti affetti da disabilità complesse, ovvero da disabilità a lento recupero, inemendabili o a lenta evoluzione, pri per utenti affetti da disabilità segmentarie e/o transitorie limitate</p> <p>Consenso informato al trattamento, Diario clinico: il diario clinico, in analogia al diario medico della cartella clinica, è la registrazione degli interventi eseguiti direttamente dallo specialista (visite, <u>valutazioni</u>, eventuali revisioni del PRI)</p> <p>Scheda tecnico riabilitativa; ogni prestazione prevista dal programma/progetto di riabilitazione ed erogata dai terapisti della riabilitazione deve essere documentabile e pertanto controfirmata a ogni accesso dal terapeuta sulla scheda tecnico riabilitativa, come del resto previsto dalla normativa sopra menzionata.</p> <p>N.B. Nei casi in cui il paziente si rechi presso una Struttura con un PRI redatto da altro specialista è opportuno che la struttura accettante si impegni a garantire al soggetto l’intero percorso: validazione del progetto/trattamento/valutazione finale. La validazione del progetto è remunerabile come “visita di controllo” solo in caso di modifica del PRI per mancata consonanza con le indicazioni del prescrittore.<br/>         In nessun caso dovrà essere sistematicamente richiesta una rivalutazione da parte dello specialista interno alla struttura (come concordato fin dal 2006 con ASL di Brescia).</p> |
| MEDICINA FISICA E DELLA RIABILITAZIONE E MALATTIE RARE                        | La DGR 8894/09 prevede di agevolare i percorsi riabilitativi per i cittadini affetti da malattia rara, consentendo l'erogazione delle cure secondo progetti riabilitativi, anche in deroga alle limitazioni previste dalla DGR 3111/06 e dalla DGR 7292/08 sul numero di trattamenti.   |

|  |  |
|--|--|
| <p>MAGNETOTERAPIA<br/>Cod. 93.39.8</p>                           | <p>Codifica appropriata per post eventi fratturativi, solo in ritardi di consolidamento osseo o nel trattamento del dolore in cedimento vertebrale documentato, come da documentazione comprovante l'indicazione.<br/>Non ammessa entro tempi standard di consolidamento.</p>  |
| <p>MASSOTERAPIA PER<br/>DRENAGGIO LINFATICO<br/>Cod. 93.39.2</p> | <p>Codifica appropriate per trattamento linfedema.<br/>Devono essere effettuate e documentate in scheda ambulatoriale le misure del diametro inizio e fine ciclo di trattamento.</p>   |
| <p>ESERCIZI RESPIRATORI<br/>Cod. 93.18.1</p>                     | <p>Codifica inappropriata a fronte di manovre di pompages, tecniche a tutt'oggi non incluse nei LEA</p>  |
| <p>TEST VALUTAZIONE<br/>DISABILITA' SOCIALE</p>                  | <p>(Questionario short form 36) cod. 94.08.5 afferisce alle branca di psichiatria e NPI e NON è prescrivibile/rendicontabile in associazione a prestazioni di medicina fisica riabilitativa.</p>   |
| <p>DENSITOMETRIA OSSEA<br/>NOTA AIFA</p>                         | <p>Si richiama Il documento: "LEA prescrivibilità di prestazioni in regime di SSR (aggiornamento maggio 2012)" Scaricabile dal sito ASL seguendo link: ASL Brescia &gt; Operatori &gt; Medici delle cure primarie &gt; Strumenti Professionali per Medico Cure Primarie &gt; Assistenza specialistica<br/>Si richiama inoltre la comunicazione di Regione Lombardia H1.2010.0036585 del 04.11.2010 ad oggetto "nota AIFA 79 e densitometria ossea"</p> |
| <p>CHIRURGIA REFRATTIVA CON<br/>LASER ECCIMERI</p>               | <p>Si rimanda al documento: "LEA PRESCRIVIBILITA' DI PRESTAZIONI IN REGIME DI SSR" presenti sul portale ASL nell'area: Operatori &gt; Medici delle Strutture &gt; Strumenti Professionali per medici delle Strutture &gt; Assistenza specialistica.</p>  |

## 10. MACROATTIVITA' AMBULATORIALE

|   |   |
|---|---|
| <p>BIC</p> <p>PRESTAZIONI AMBULATORIALE DI CHIRURGIA A BASSA INTENSITA' OPERATIVA E ASSISTENZIALE</p> <p>DGR 10804/2009 Allegato A DGR 621 /2010</p> <p><u>DGR 4716/2013 Allegato A</u></p> | <p>Tali attività sono rendicontate, parimenti alle attività di specialistica ambulatoriale, con il flusso informativo di cui alla circolare 28/SAN ed anche i casi che pernoveranno per 1 sola notte verranno considerati di tipo ambulatoriale in quanto la notte di permanenza in ospedale verrà considerata non di assistenza ma di semplice osservazione (allegato 9).</p> <p>Tali disposizioni entrano in vigore a decorrere dalle prestazioni <u>prenotate</u> a far data dal 1° gennaio 2010.</p> <p>Nel nomenclatore tariffario le prestazioni sono contrassegnate dalla lettera H e pertanto sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia situati nell'ambito d'istituti di ricovero accreditati sia pubblici sia privati.</p> <p>Le prestazioni di chirurgia a bassa intensità complessità fruite dai pazienti extraregione verranno rendicontate regolarmente come prestazioni ambulatoriali (Verbale GdL_ AAC del 21/09/2011).</p> <p>E' possibile prescrivere prestazioni BOCA per pazienti extraregione da parte degli erogatori privati, accreditati e a contratto (Verbale GdL_ AAC del 22/02/2012).</p> <p>Nel caso di effettuazione contestuale di più procedure chirurgiche deve essere scelta quella che il GROUPER 3M individua come principale.</p> <p>Nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale è contenuta nell'allegato A, tutte le procedure chirurgiche eseguite devono essere ricondotte alla principale e quindi una sola prestazione deve essere rendicontata in 28 SAN.</p> <p>Nel caso in cui vengano effettuate contestualmente più procedure di cui solo la principale <u>non</u> sia contenuta nell'allegato A e qualcuna delle altre invece lo sia, l'episodio segue le normali modalità di rendicontazione in uso per le attività di day surgery o di degenza ordinaria.</p> <p>Per la bassa intensità assistenziale (BIC) il criterio che guida l'attribuzione delle prestazioni al suddetto regime è l' <u>MPR</u> (major procedure related) - (Verbale GdL_ AAC del 19/05/2011).</p> <p>Le prestazioni di istologia e anatomia patologica attinenti alle attività BIC, sono da ritenersi comprese nella tariffa dell'intervento e quindi non devono essere rendicontate a parte.</p> <p>DGR 937 del 01.12. 2010</p> <p>A partire dalle prestazioni erogate dal 01 dicembre 2010, anche in caso di eventuale accettazione da P.S., le prestazioni di cui all'allegato A non avranno l'incremento del 25% e andranno rendicontate in flusso 28/SAN.</p> <p>Se l'intervento viene eseguito nei giorni successivi all'accesso di PS necessita di prescrizione e segue le regole di specialistica (ticket, etc.) – (verbale GdL 09/05/2012).</p> <p>Se l'intervento è effettuato all'interno dell'accesso di PS non necessita di impegnativa ma non può essere incrementato del 25% del valore. Andrà comunque compilata la scheda clinica ambulatoriale con le informazioni necessarie.</p> |
| <p>BIC</p> <p><u>SCHEDA CLINICA AMBULATORIALE</u></p>   | <p>La scheda clinica ambulatoriale deve contenere almeno le seguenti informazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione della Struttura accettante</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero progressivo</li> <li>• Generalità dell'assistito</li> <li>• Data prenotazione intervento</li> <li>• Anamnesi patologica prossima</li> <li>• Esame obiettivo</li> <li>• Registrazione di eventuali esami clinici effettuati</li> <li>• Diagnosi e terapia</li> <li>• Descrizione dell'intervento operatorio che riporti: tipo, data e durata dell'intervento, tecnica anestesiologicala utilizzata, nominativi del personale e firme degli operatori</li> <li>• Indicazioni post-chirurgico</li> <li>• Referti di visite controllo e medicazioni post-chirurgico</li> <li>• Consenso informato al trattamento datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario</li> <li>• Copia del referto/relazione per il medico curante che contenga almeno: una chiara descrizione del tipo di anestesia utilizzata, dell'eventuale diagnosi e della procedura effettuata; i consigli terapeutici; la segnalazione dell'esecuzione o meno dell'esame istologico; la programmazione del controllo successivo; chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza.</li> </ul> |
| <p>ELENCO PRESTAZIONI BIC</p>                     | <p>Le prestazioni afferenti al regime BIC sono consultabili nel NTR 2013.<br/>ATTENZIONE<br/>La "circoncisione rituale maschile" (COD. 64.0) è una prestazione totalmente esclusa dai LEA e pertanto non erogabile a carico del SSR.</p>   |
| <p>BIC<br/>GASTROENTEROLOGIA/<br/>ENDOSCOPICA</p> | <p>DGR 2946 del 25.01.2012</p> <p><u>modifica</u> le indicazioni emanate con la DGR 2633/2011 (allegato 10) in merito alla codifica delle procedure di resezione endoscopiche in attività di ricovero e distingue, sulla base del diverso impegno assistenziale richiesto, la procedura di "MUCOSECTOMIA ENDOSCOPICA" da quella di "DISSEZIONE SOTTOMUCOSA ENDOSCOPICA" prevedendo per la succitata mucosectomia l'erogazione in <u>regime di CHIRURGIA ambulatoriale (BIC)</u></p> <p>Cod. 42.33.3 Mucosectomia endoscopica dell'esofago<br/>Cod. 43.41.3 Mucosectomia endoscopica dello stomaco<br/>Cod. 45.43.2 Mucosectomia endoscopica del colon (si utilizza per la rendicontazione delle mucosectomie effettuate in regime amb. a fronte di diagnosi principale di neoplasia non benigna, a tutela della appropriatezza del ricorso alla procedura) – (GdL Verbale del 09/05/2012).</p> <p>Il codice mucosectomia comprende già la possibilità di esecuzione multipla della procedura sullo stesso organo, per cui va rendicontato una sola volta – (GdL Verbale del 09/05/2012).</p>   |

|  |  |
|--|--|
| <p>MAC</p>   | <p>Normativa di riferimento</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• DGR IX/1479 del 30 marzo 2011</li><li>• DGR IX/1962 del 6 luglio 2011</li><li>• DGR IX/2633 del 6 dicembre 2011</li><li>• Circolare 14/SAN del 29 dicembre 2011</li><li>• DGR IX/2946 del 25 gennaio 2012</li><li>• Circolare 1/SAN del 30 gennaio 2012</li><li>• Verbale GdL_ AAC del 22 febbraio 2012</li><li>• Verbale GdL_ AAC del 09 maggio 2012</li><li>• Verbale GdL_ AAC del 21 giugno 2012</li><li>• Verbale GdL_ AAC del 13 settembre 2012</li><li>• Nota RL H1.0010932 del 10 aprile 2013</li><li>• DGR X/1185 del 20 dicembre 2013</li><li>• Nota RL H1.2014.0002969 del 24 gennaio 2014</li><li>• <b>DGR X/ 2313 del 01 agosto 2014</b></li></ul>   |
| <p>MACROATTIVITÀ<br/>AMBULATORIALE COMPLESSA<br/>E AD ALTA INTEGRAZIONE DI<br/>RISORSE</p> | <p>Prescrizione</p> <p>I pacchetti MAC possono essere prescritti solo dagli specialisti che operano presso la Struttura in cui gli stessi vengono erogati. Sono erogabili in ambito di mobilità sanitaria e quindi possono essere fruiti anche da pazienti di provenienza extraregionale ai quali l'attività potrà essere prescritta anche da parte di erogatori accreditati e a contratto di diritto privato. Le prescrizioni di pacchetti MAC vanno chiuse tassativamente nell'anno di rilevazione (nota Regione Lombardia H1.2012.0037659 del 24/12/2012)</p> <p>Rendicontazione 28San dell'attività svolta</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• CAMPO QUANTITA': è posto un limite massimo di 30 in riferimento alle quantità rendicontabili per prestazione e per singolo record.</li></ul> <p>Qualora la prescrizione eccedesse la quantità massima prevista, l'attività effettuata potrà essere rendicontata ripetendo lo stesso codice di prestazione interessato per la parte eccedente i 30 accessi (Regole elaborazione anno 2013).</p> <p>La rendicontazione dovrà essere effettuata ad esaurimento dei pacchetti prescritti in ricetta indicando nel campo "data di contatto" la data di effettuazione della prima (in senso temporale) prestazione e nel campo "data fine erogazione", la data di chiusura del pacchetto (nota RL H1.2014.0002969 24/01/2014).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La possibilità di rendicontazione contemporanea di più MAC è riferita a PERCORSI ASSISTENZIALI DIFFERENTI – (Verbale GdLAAC del 21/06/2012).</li></ul> |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| MAC<br><br>Ulteriori chiarimenti | <p>LE PRESTAZIONI COMPRESSE NEL NTR NON POSSONO ESSERE RICONOSCIUTE COME MAC SE EROGATE COME SINGOLE PRESTAZIONI. Possono essere erogate in pacchetti MAC solo in ben definite situazioni cliniche, chiaramente evidenziate nella relativa cartella ambulatoriale, al fine di giustificare chiaramente il livello assistenziale scelto. In assenza di tale documentazione, in fase di controllo, le prestazioni comprese nel pacchetto MAC potranno essere ricondotte a regime ambulatoriale “semplice” o non riconosciute con oneri a carico del SSR.</p> <p>Eventuali esami conseguenti a procedure rese in MAC (esempio cito/istologici, ecc) sono compresi nella tariffa MAC. Le PRESTAZIONI DI LABORATORIO e di DIAGNOSTICA STRUMENTALE attinenti ai contenuti clinici delle attività MAC in corso, anche se non esplicitamente comprese nella descrizione del pacchetto MAC, sono ricomprese nel citato pacchetto (anche se effettuate in giorni diversi dall’accesso per MAC) e non devono quindi essere rendicontate a parte nel flusso ambulatoriale di cui alla Circolare 28 San.</p> <p>La sovrapposizione tra attività di ricovero e MAC non è consentita: nel caso di passaggio da attività MAC a ricovero il pacchetto MAC NON deve essere rendicontato in quanto compreso nel ricovero conseguente. Se durante il percorso MAC c’è la necessità di un ricovero, il pacchetto MAC va chiuso ed eventualmente riaperto, se necessario, successivamente (Verbale GdL del 21/06/2012)</p> <p>Nel caso di ESAMI DI TOSSICITÀ CHEMIOTERAPICA non effettuati nella giornata di accesso, né nella giornata precedente sono da ricomprendere nel relativo pacchetto MAC, in funzione del costo dell’esame, che se ad alto costo, può essere rendicontato a parte ( cfr. Punto 3 del verbale di riunione del 22.02.2012) – (Verbale GdL AAC del 21/06/2012)</p> <p>Nel caso della somministrazione contemporanea di diverse tipologie di FARMACI ANTITUMORALI (es. ev e per os) è opportuno ricomprendere tutto nella MAC di maggiore valore.</p> <p>La MAC 01 (con file F tipologia 5 o 3) sostituisce di fatto il DH 410 J, per cui si applica per omogeneità e correttezza <b><u>a tutte le giornate del relativo protocollo terapeutico</u></b>. Questo vale anche in presenza di più giorni di trattamento che vanno rendicontati tutti come MAC 01 e non come ad es. MAC 01 il giorno 1 e MAC 02 il giorno 2 dove il giorno 1 presenta un farmaco ad alto costo ed il giorno 2 invece farmaco a basso costo).</p> <p>La MAC 05 può essere utilizzata anche per rendicontare le manovre interventistiche di TORACENTESI e PARACENTESI effettuate in pazienti NON neoplastici. Verbale GdL del 09/05/2012</p> <p>RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA, l’attività di valutazione dell’appropriato regime di assistenza (tipologia di MAC) è identificabile <b><u>dal livello di disabilità</u></b> (scale di valutazione) più che dalla patologia. Dal punto di vista prescrittivo gli accessi MAC devono essere riservati prevalentemente ai pazienti provenienti dal regime di ricovero. L’attività di gruppo neuromotoria è attività propriamente ambulatoriale e non attività complessa (MAC). Per le attività di gruppo non neuromotorie al momento rimangono attività ambulatoriali semplici. Il minutaggio richiesto rispetto all’assistenza MAC prevista deve essere chiaramente desumibile dalla documentazione clinica. Le attività di trattamento sono quelle fatte sul paziente, anche dal medico tramite atti medici ma non di semplice valutazione clinica o di coordinamento (Verbale GdL del 13/09/2012).</p> <p>La MAC può essere erogata a PAZIENTI PEDIATRICI, nel rispetto dei criteri generali di corretto utilizzo della MAC (le prestazioni prettamente ambulatoriali, come ad es. le vaccinazioni, restano tali) fatta salva l’opzione di scelta per il regime di ricovero protetto a</p> |
|----------------------------------|---|

tutela del paziente. Verbale GdL 09/05/2012

DGR X/1185 del 20/12/2013 - allegato 3 sub allegato C "Attività riabilitative" – Pacchetti MAC in medicina riabilitativa

Gli interventi riabilitativi non sono riconducibili a diagnosi nosologiche in quanto alla stessa diagnosi possono corrispondere livelli di complessità e bisogni differenziati e quindi impegni di risorse qualitativamente e quantitativamente molto diversi.

#### Criteri di inclusione dei pazienti

|                             |                       |  |
|-----------------------------|-----------------------|--|
| Ambulatoriale semplice      | Criteri di inclusione | Necessità di un programma di trattamento prestabilito declinabile in codici ambulatoriali secondo i criteri LEA, senza esigenze di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali                            |
| Ambulatoriale complesso MAC | Criteri di inclusione | Necessità di un programma di trattamento flessibile, variabile nel tempo, con intensività delle cure, con esigenza di coordinamento o simultaneità di intervento di più figure professionali   |
| DH riabilitativo            | Criteri di inclusione | Necessità di usufruire di requisiti strutturali (posto letto diurno) atti a consentire lo svolgimento di cure riabilitative intensive, laddove siano necessari interventi osservazionali, assistenziali o di monitoraggio prolungati |

| TEMPO DEDICATO AL TRATTAMENTO | OPERATORI CONVOLTI   | CODICE MAC |
|-------------------------------|--|------------|
| 90 min                        | <b>2 operatori</b> – attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie ( <i>almeno ogni 12 accessi</i> )   | MAC 08     |
| Tra 90 min e 120 min          | <b>3 operatori</b> – attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie ( <i>almeno ogni 8 accessi</i> )  | MAC 07     |
| > 120 min                     | <b>3 operatori</b> - attività diagnostico-terapeutica o di coordinazione ed integrazione da parte del medico specialista quando necessarie, <u>in ogni accesso</u> . L'intervento del medico contribuisce al soddisfacimento del requisito "tempo" | MAC 06     |

Definizioni operative relative alle procedure riabilitative in regime MAC

- **TEMPO:** il tempo effettivo dedicato ad attività valutative e terapeutiche specificatamente riabilitative sul paziente.

- **ATTRIBUZIONE INIZIALE DEL LIVELLO MAC:** il codice MAC deve essere prescritto inizialmente, la MAC è remunerata ad accesso per cui l'individuazione del codice MAC in riferimento al singolo accesso deve essere corretta. Se il PRI già previsto per la sua realizzazione necessita dell'associazione – in accessi distinti – di due o più livelli di complessità, questi potranno essere prescritti sulla stessa impegnativa specificandone il n° di accessi massimi rispettivamente previsti per ogni livello.
- **IL NUMERO DEGLI ACCESSI:** deve essere definito a priori sulla base delle valutazioni iniziali del prescrittore; saranno poi rendicontati gli accessi effettivamente effettuati; il medico deve rendicontare sulla scheda clinica ambulatoriale la verifica clinico/riabilitativa del PRI e pri (almeno ogni 8/12 accessi).
- **PROVENIENZA DEL PAZIENTE:** è considerata appropriata la provenienza da qualsiasi setting degenziale per acuti o riabilitativo o anche da setting territoriale, incluso il domicilio, purchè il PRI ed il pri riportati nella scheda clinica ambulatoriale giustificino le specifico passaggio di setting.
- **FIGURE PROFESSIONALI:** gli operatori professionali che possono intervenire in un'attività MAC sono tutti gli operatori coinvolti in un programma riabilitativo, all'interno di un PRI: medico fisiatra, altro medico specialista, psicologo con competenze neuropsicologiche, infermiere, assistente sociale e altre figure come fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale, ecc. Qualora partecipano al PRI con funzione riabilitativa altre figure professionali sanitarie, la scheda clinica ambulatoriale ne deve motivare il significato riabilitativo.  
La figura professionale del medico è parte integrante e requisito organizzativo indispensabile della MAC. Il medico partecipa agli accessi e documenta presenza e attività con la cadenza stabilita per ciascun livello MAC.
- **TRATTAMENTI IN GRUPPO:** limitatamente alla riabilitazione cardiologica e pneumologica può essere accettata un'attività riabilitativa in regime MAC effettuata anche in gruppi non superiori a 6 pazienti ciascuno, purchè l'attività sia articolata e proposta come Progetto Riabilitativo di Struttura alle ASL di competenza e da queste valutata e recepita.
- **ESAMI DI LABORATORIO e ACCERTAMENTI STRUMENTALI DI BASE:** devono essere compresi nella MAC, se richiesti, a percorso MAC iniziato e finalizzati alla fattibilità di procedure di diagnosi funzionale e di terapia coerenti con PRI (es. routine ematologica, RX torace o segmento osseo). Non devono essere comprese procedure diagnostico-terapeutiche di elevata complessità (es. esame urodinamico, videofluoroscopia per la deglutizione, trattamento della spasticità focale con Baclofen, ecografia muscolo-tendinea), né procedure relative a comorbidità non influenti su PRI o pri.
- **CHIUSURA FINE ANNO:** come da Circolare 14/san è obbligatoria

|  |   |
|--|---|
| <p>MAC</p> <p>SCHEDA CLINICA<br/>AMBULATORIALE</p> | <p>Deve riportare almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- la UO dove si esegue la prestazione</li><li>- il n° progressivo della scheda clinica</li><li>- le generalità dell'assistito</li><li>- l'anamnesi patologica prossima</li><li>- l'esame obiettivo</li><li>- la registrazione degli eventuali esami clinici effettuati</li><li>- la diagnosi</li><li>- il consenso informato al trattamento e/o procedura diagnostica, datato e firmato sia dal paziente che dal personale sanitario</li><li>- tipo e descrizione della procedura/prestazione con orario di ingresso e uscita</li></ul> <p>Nel caso di attività riabilitative complesse è inoltre previsto il PRI/pri, la tabella delle prestazioni di fisioterapia erogate ed i relativi minutaggi.</p> <p><b>RELAZIONE PER IL CURANTE</b></p> <p>Al termine dell'iter diagnostico/dei cicli di cura viene consegnato al paziente un referto/relazione per il medico di medicina generale, che contenga almeno:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- una chiara descrizione del trattamento, della diagnosi e della procedura effettuata;</li><li>- i consigli terapeutici;</li><li>- la programmazione del controllo successivo;</li><li>- chiare indicazioni per la gestione di eventuali complicanze, tra cui il riferimento del personale da contattare in caso di urgenza.</li></ul> <p>In caso di attività ambulatoriale complessa oncologica viene consegnata al paziente una breve relazione su quanto effettuato ed eventuali consigli sulle possibili complicanze</p> <p><b>RIABILITAZIONE PER SOGGETTI CON DISABILITA' VISIVA (IPOVEDENTI) - DGR X/ 2313 del 01 agosto 2014</b></p> <p>Si dispone il riconoscimento dell'attività nell'ambito del percorso di macroattività ambulatoriale complessa (MAC) per l'attività riabilitativa svolta sul soggetto ipovedente.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>MAC 07:</b> Pacchetto riabilitativo a media complessità per i Centri dedicati all'attività evolutiva (0-18 anni) - da 90 a 120 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente; attività garantite da almeno 3 operatori professionali, il medico specialista così come previsto dal PRI coordina ed integra le attività svolte.<br/>Centro per la diagnosi e la riabilitazione funzionale di bambini con deficit visivi e/o multidisabilità, localizzato presso il Presidio Ospedaliero dei Bambini – AO Spedali Civili di Brescia.</li><li>• <b>MAC 08:</b> Pacchetto riabilitativo a bassa complessità per quelli dedicati agli adulti – almeno 90 minuti di attività riabilitative effettive sul paziente; attività garantite da almeno 2 operatori professionali, il medico specialista così come previsto dal PRI coordina ed integra le attività svolte.<br/>Centro di ipovisione situato presso la clinica oculistica dell'AO Spedali Civili di Brescia.</li></ul> |
|--|---|

## 11. OFTALMOLOGIA

|                        |   |
|------------------------|---|
| Cod. 14.75             | INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE<br>Escluso costo del farmaco (Incluso visita pre e post procedura)   |
| BEVACIZUMAB (AVASTIN)  | Con Determinazione AIFA 28 ottobre 2010, pubblicata sulla G.U. n° 269 del 17 novembre 2010, ai fini della rimborsabilità a carico del SSR, l'Avastin poteva essere utilizzato solo in regime ambulatoriale intraospedaliero, per le seguenti indicazioni terapeutiche:  |
| RANIBIZUMAB (LUCENTIS) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trattamento delle maculopatie essudative non correlate all'età</li> <li>• Trattamento del glaucoma neovascolare</li> </ul>   |
| PEGAPTANIB (MACUGEN)   | <p>L'erogabilità a carico del SSR è subordinata all'effettuazione della terapia in asepsi e in sale operatorie e alla tenuta del registro rilevamento e trasmissione dei dati di monitoraggio clinico e informazioni riguardo a sospensioni del trattamento.</p> <p>Rendicontazione del farmaco: in File F tipologia 3</p> <p>L'uso intravitreale è off-label e non più rimborsabile ai sensi della determinazione AIFA del 18/10/2012 che ne ha disposto l'esclusione dall'elenco dei medicinali erogabili a totale carico dell'SSN (nota Regionale H1.2013.0003417 del 30/01/2013).</p> <p><i>Determina AIFA del 23 giugno 2014 - nota Regione Lombardia n. H1.2014.0023488 del 01/07/2014</i><br/> <i>"Inserimento di una indicazione terapeutica del medicinale per uso umano "bevacizumab - Avastin" nell'elenco ex legge n.648/1996 (Determina n. 622 DG/2014)", pubblicata sulla GU n. 147 del 27/06/2014.</i><br/> <i>AIFA ha disposto che "bevacizumab - Avastin" è inserito nell'elenco istituito ai sensi dell'art. 1, commi 4 e 4-bis, del decreto-legge n. 536/1996, convertito nella legge n. 648/1996, per l'indicazione terapeutica "degenerazione maculare correlata all'età"(AMD). Sono definite anche le <b>"Condizioni per l'erogazione di Avastin nell'elenco ex legge n. 648/1996"</b>:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'erogazione deve essere effettuata secondo le seguenti condizioni, <u>finalizzate alla tutela del paziente</u> nell'uso del suddetto farmaco per un'indicazione non registrata:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Allo scopo di garantire la sterilità, il confezionamento in monodose del bevacizumab per uso intravitreale dovrà essere effettuato esclusivamente da parte di <u>farmacie ospedaliere</u> in possesso dei necessari requisiti, nel rispetto delle norme di buona preparazione.</li> <li>b) La somministrazione del bevacizumab per uso intravitreale dovrà essere riservata a centri oculistici ad alta specializzazione <b>presso ospedali pubblici</b> individuati dalle Regioni.</li> <li>c) La somministrazione del farmaco potrà avvenire solo previa <u>sottoscrizione da parte del paziente del consenso informato</u> che contenga le motivazioni scientifiche accompagnate da adeguate informazioni sull'esistenza di alternative terapeutiche approvate seppur ad un costo più elevato a carico del SSN.</li> <li>d) Attivazione di un registro di monitoraggio alla quale sia allegata la scheda di segnalazione delle reazioni avverse.</li> </ol> </li> </ol> <p><i>L'AIFA ha disposto che la prescrizione del farmaco a carico del SSN, da parte dei centri utilizzatori deve essere effettuata per singolo paziente mediante la compilazione della scheda di prescrizione informatizzata, secondo le indicazioni sul sito <a href="https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/">https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/</a></i><br/> <i>Si confermano le indicazioni di cui alla nota prot. H1.2014.0013846 del 07/04/2014 per quanto riguarda le modalità di rendicontazione e</i></p> |

relativa alle procedure, il farmaco dovrà essere rendicontato in tipologia 3 del file F.  
Al fine del corretto utilizzo del farmaco bevacizumab, si ribadisce la necessità dell'inserimento delle schede AIFA di monitoraggio intensivo nei tempi e modi stabiliti dalla stessa Agenzia.

A partire dal 2 gennaio 2009, viene riclassificato in fascia H/Osp1, cioè a carico del SSN per somministrazione con iniezione intravitale per la seguente indicazione terapeutica:

TRATTAMENTO DELLA DEGENERAZIONE MACULARE NEOVASCOLARE (ESSUDATIVA) CORRELATA ALL'ETÀ (AMD).  
Con DGR 9173 del 30 marzo 2009, si stabilisce che tali prestazioni potranno essere effettuate solo dalle strutture che prenderanno parte al percorso di verifica di qualità di cui all'allegato 2 e che compileranno le apposite schede di rilevazione AIFA;  
La tariffa dell'iniezione intravitale viene fissata in € 290,00 ed è comprensiva della visita pre e post procedura.

Rendicontazione del farmaco in File F tipologia 2

A seguito di determinazione AIFA del 26/11/2012 entrata in vigore dal 21/12/2012 è stato autorizzato per l'uso nelle seguenti indicazioni:

- trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (wAMD) anche in pazienti con acuità visiva <2/10 e possibilità di trattamento del secondo occhio anche per i pazienti che fino ad ora sono stati sottoposti a trattamento con BEVACIZUMAB (AVASTIN);
- trattamento della diminuzione visiva causata dall'edema maculare diabetico (DME);
- trattamento della diminuzione visiva causata dall'edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica (RVO di branca o RVO centrale).

Per la rimborsabilità dei predetti farmaci è obbligatorio compilare le schede di rilevazione AIFA

Si ricorda che nelle indicazioni a carico del SSN non è previsto l'uso per:

- le neovascolarizzazioni retiniche della retinopatia diabetica;
- quelle coroidali della miopia patologica, delle strie angioidi, delle forme infiammatorie e nel glaucoma neovascolare.

Determina AIFA del 12 giugno 2014 - nota Regione Lombardia n. H1.2014.0023849 del 03/07/2014  
Regime di rimborsabilità e prezzo di vendita, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano "Lucentis" (Determina n. 606/2014 pubblicata sulla GU n. 144 del 24/06/2014). Comunicato AIFA 615/2014, pubblicato sulla GU n. 147 del 27/06/2014 – Comunicato relativo al medicinale per uso umano "Eylea".

AIFA ha disposto la rimborsabilità a carico del SSN del medicinale LUCENTIS **a partire dal 9 luglio 2014**, per la seguente indicazione terapeutica: trattamento della diminuzione visiva causata da neovascolarizzazione coroidale (CNV) secondaria a miopia patologica (PM);

L'Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto che:

- la classe di rimborsabilità del medicinale è H;
- il medicinale è soggetto sconto obbligatorio alle strutture pubbliche sul prezzo ex factory e condizioni di rimborsabilità come da

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
|                                   | <p>condizioni negoziali;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ il medicinale utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili (OSP);</li> <li>➤ ai fini delle prescrizioni a carico del SSN, <b><u>i centri utilizzatori specificatamente individuati dalle Regioni</u></b>, dovranno compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili e la scheda di follow-up, applicando le condizioni negoziali secondo le indicazioni pubblicate sul sito <a href="https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/">https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/</a></li> </ul> <p>Onde garantire la disponibilità del trattamento ai pazienti le prescrizioni dovranno essere effettuate in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva riportati nella documentazione consultabile su portale istituzionale dell'Agencia.</p> <p>Pertanto in ottemperanza a quanto disposto dalla Determinazione AIFA, al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza del farmaco, si individuano come prescrittori per la nuova indicazione di Lucentis (ranibizumab):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ i Medici specialisti delle UO (degenza – day hospital – ambulatoriali) di oculistica e oftalmologia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate.</li> </ul> <p>Si confermano le indicazioni di cui alla nota prot. H1.2014.0013846 del 07/04/2014 per quanto riguarda le modalità di rendicontazione e relativa alle procedure.</p> <p>Al fine del corretto utilizzo del farmaco, si ribadisce la necessità dell'inserimento delle schede AIFA di monitoraggio intensivo nei tempi e modi stabiliti dalla stessa Agenzia.</p> <p>A partire dal 2 gennaio 2009, viene riclassificato in fascia H/Osp1, cioè a carico del SSN per somministrazione con iniezione intravitreale - codice 14.75 (escluso il costo del farmaco) per la seguente indicazione terapeutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età (AMD).</li> </ul> <p>Con DGR 9173 del 30 marzo 2009, si stabilisce che tali prestazioni potranno essere effettuate solo dalle strutture che prenderanno parte al percorso di verifica di qualità di cui all'allegato 2 e che compileranno le apposite schede di rilevazione AIFA;</p> <p>La tariffa dell'iniezione intravitreale viene fissata in € 290,00 ed è comprensiva della visita pre e post procedura.</p> <p>Rendicontazione del farmaco in File F tipologia 2.</p> <p>Con nota AIFA del 24/12/2012 il PEGAPTANIB (MACUGEN) è stato autorizzato a carico del SSN solo per il trattamento della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) correlata all'età, negli adulti.</p> <p>Per il trattamento delle lesioni novascolari nella degenerazione maculare senile nel <u>secondo occhio</u> e con visus &lt; a 2/10 <u>non è previsto</u> il rimborso a carico del SSN.</p> <p>Il riconoscimento del rimborso in file F è legato alla presenza della scheda AIFA.</p> |
| <p>DESAMETASONE<br/>(OZURDEX)</p> | <p>Con nota Regionale H1.2012.0013089 del 23 Aprile 2012, a partire dal 1 maggio 2012, viene classificato in classe H/Osp, il medicinale a base di Desametasone (Ozurdex) somministrato con iniezione intravitreale (DGR n. VIII/9173 del 30/036/2009) per la seguente indicazione terapeutica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• trattamento dei pazienti adulti con edema maculare secondario ad occlusione venosa retinica di branca (BRVO) o ad occlusione venosa retinica centrale (CRVO)</li> <li>• il trattamento può essere ripetuto non prima di 6 mesi per una durata non superiore ai 3 anni.</li> </ul>   |

L'AIFA con determinazione del 30/10/2012 ha ammesso alla rimborsabilità la nuova indicazione terapeutica per il trattamento di pazienti adulti con infiammazione del segmento posteriore dell'occhio causata da uveite non infettiva.

A tal fine si precisa che :

- per entrambe le indicazioni l'intervallo temporale minimo di somministrazione per singolo paziente viene ridotto a quattro mesi;
- non è prevista la compilazione di scheda AIFA;
- ogni paziente dovrà aver eseguito prima del trattamento un OCT/FA presso la stessa struttura che in seguito procederà al trattamento;
- L'OZURDEX non può essere rimborsabile per l'edema secondario a retinopatia diabetica.

La rendicontazione del costo del farmaco in File F tipologia 2 è legato alla presenza della scheda AIFA.

Con nota Regionale H1.2014.0028541 del 11 Agosto 2014 (Determina AIFA n. 692/2014 pubblicata GU n. 171 del 25.luglio.2014) a partire dal 26 luglio 2014 il medicinale desametasone (Ozurdex) è erogabile a totale carico del SSN per il trattamento dei pazienti affetti da edema maculare diabetico, resistenti o intolleranti al trattamento con il farmaco Lucentis (ranibizumab). Vengono individuati come prescrittori per l'indicazione sopra riportata i medici specialisti delle UO (degenza – day hospital- ambulatori) di oculistica e oftalmologia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate. – classe di rimborsabilità del medicinale è H utilizzabile esclusivamente in ambiente ospedaliero o in strutture ad esso assimilabili (OSP)

Il farmaco è rendicontabile a partire dal 26 luglio 2014 in tipologia 3 del file F.

Si confermano le indicazioni di cui alla nota prot. H1.2014.0013846 del 07/04/2014 per quanto riguarda le modalità di rendicontazione e relativa alle procedure.

Al fine del corretto utilizzo del farmaco, si ribadisce la necessità dell'inserimento delle schede AIFA di monitoraggio intensivo nei tempi e modi stabiliti dalla stessa Agenzia.

|   |   |
|---|---|
| <p>AFLIBERCEPT<br/>(EYLEA)</p>          | <p>Determina AIFA 17/03/2014 – nota Regionale H1.2014.0013846 del 07/04/2014<br/>Riclassificazione a carico del SSN del medicinale umano Eylea indicato per il trattamento degli adulti della degenerazione maculare neovascolare (essudativa) (wAMD) correlata all'età. Classe di rimborsabilità H.<br/>Individuazione come centri utilizzatori delle U.O. (degenza-DH-ambulatori) di oculistica ed oftalmologia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate.<br/>Ai fini del rimborso in file F è necessaria la presenza della scheda AIFA.<br/>Ai fini della prescrivibilità a carico del SSN i centri utilizzatori dovranno compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento e la scheda di follow-up.</p> <p>Determina AIFA del 12 giugno 2014 - nota Regione Lombardia n. H1.2014.0023849 del 03/07/2014<br/>Regime di rimborsabilità e prezzo di vendita, a seguito di nuove indicazioni terapeutiche del medicinale per uso umano "Lucentis" (Determina n. 606/2014 pubblicata sulla GU n. 144 del 24/06/2014). Comunicato AIFA 615/2014, pubblicato sulla GU n. 147 del 27/06/2014 – Comunicato relativo al medicinale per uso umano "Eylea".</p> <p>AIFA ha comunicato che la Commissione Tecnica Scientifica ha espresso parere favorevole alla rimborsabilità, senza modifica di prezzo e delle condizioni negoziali attualmente vigenti, per la nuova indicazione di seguito riportata: per il trattamento negli adulti della compromissione della vista dovuta a edema maculare secondario a occlusione della vena centrale della retina (CRVO).</p> <p>L'Agenzia Italiana del Farmaco ha disposto che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ai fini delle prescrizioni a carico del SSN, <b><u>i centri utilizzatori specificatamente individuati dalle Regioni</u></b>, dovranno compilare la scheda raccolta dati informatizzata di arruolamento che indica i pazienti eleggibili e la scheda di follow-up, applicando le condizioni negoziali secondo le indicazioni pubblicate sul sito <a href="https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/">https://www.agenziafarmaco.gov.it/registri/</a><br/>Onde garantire la disponibilità del trattamento ai pazienti le prescrizioni dovranno essere effettuate in accordo ai criteri di eleggibilità e appropriatezza prescrittiva riportati nella documentazione consultabile su portale istituzionale dell'Agenzia.</li> </ul> <p>Pertanto in ottemperanza a quanto disposto dalla Determinazione AIFA, al fine di dare idonei strumenti di verifica e monitoraggio dell'appropriatezza del farmaco, si individuano come prescrittori per la nuova indicazione di Eylea (aflibercept):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ i Medici specialisti delle UO (degenza – day hospital – ambulatoriali) di oculistica e oftalmologia delle strutture sanitarie di ricovero e cura pubbliche e private accreditate.</li> </ul> <p>Si confermano le indicazioni di cui alla nota prot. H1.2014.0013846 del 07/04/2014 per quanto riguarda le modalità di rendicontazione e relativa alle procedure.<br/>Al fine del corretto utilizzo del farmaco, si ribadisce la necessità dell'inserimento delle schede AIFA di monitoraggio intensivo nei tempi e modi stabiliti dalla stessa Agenzia.</p> |
| <p>SCHEDA<br/>CLINICA AMBULATORIALE</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione della Struttura accettante</li> <li>• Generalità dell'assistito</li> <li>• Data prenotazione intervento</li> <li>• Anamnesi e indicazione terapeutica come da nota AIFA</li> <li>• Esame obiettivo</li> </ul>  |

|   |  |
|---|--|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbale operatorio completo</li> <li>• Consenso informato al trattamento ( come da allegato al provvedimento CUF del 20 luglio 2000)</li> <li>• Copia delle prescrizioni delle somministrazioni</li> <li>• Copia referti esami diagnostici relativi a monitoraggio pre e post iniezione di Avastin (OCT, ICGA, FAG, PIO- come da nota AIFA del 23 maggio 2007)</li> <li>• Piano terapeutico con eventuali aggiornamenti rispetto a tempistica e regimi delle somministrazioni</li> </ul>  |
| <b>CORRETTA<br/>RENDICONTAZIONE</b>           | In caso di più prestazioni 14.75 effettuate in tempi successivi la DATA CONTATTO non potrà coincidere con la DATA FINE EROGAZIONE pena l'annullamento delle prestazioni effettuate in date non corrispondenti.   |
| <b>ANGIOGRAFIE RETINICHE<br/>Cod. 95.12</b>   | <b>ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA, FLUORANGIOGRAFIA,FAG</b><br><br>Per la diagnosi e terapia della degenerazione maculare e di molte altre patologie della retina sono di grande utilità le angiografie retiniche.<br>I coloranti usati sono due: fluorescina (gialla) e indocianina (verde) quest'ultima assimilata al codice 95.12 con verbale del GdL regionale del 09/11/2011.<br>La fluorangiografia è la più utilizzata per lo studio della circolazione retinica<br>L'indocianinografia (ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA - CGA - ICG) è utilizzata per lo studio della circolazione profonda dell'occhio, cioè della coroide<br>Nei casi in cui si sospetti che la membrana neovascolare sia nascosta dietro lo strato pigmentato della retina o dietro un'emorragia, è opportuno che l'esame fluorangiografico sia integrato con l'indocianinografia.<br>NB. Solo in tali situazioni, opportunamente documentate nel referto relativo, pare appropriato rendicontare la prestazione 2 volte.<br>Il consenso informato, dovrà contenere tutte le informazioni relative a entrambi i coloranti utilizzati. |
| <b>TOMOGRAFIA A COERENZA<br/>OTTICA (OCT)</b> | Assimilabile al cod. 95.12<br>Ulteriore esame, non angiografico, eseguito per monitorare lo spessore e l'integrità dei vari strati retinici.<br><br>Non è invasivo e serve a ottenere immagini ad alta risoluzione di sezioni di retina tramite proiezione e rilevazione di fasci luminosi.<br><br>In attesa della definizione del nomenclatore NTN, che contemplerà un codice unico per le prestazioni seguenti, si ritiene di accogliere queste assimilazioni:<br><br>Procedura di GDX e di HRT (Heidelberg retina tomography) alla prestazione codice 95.12 : angiografia con fluoresceina angioscopia oculare<br>Procedura di TOPOGRAFIA sequenziale alla prestazione codice 95.03.1 "studio della topografia corneale "<br>Procedura di Tomografia Scheimpflug alle prestazioni codici 95.03.1 "studio della topografia corneale" + 95.11.1 "fotografia del segmento anteriore".  |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
|                                | (INTERPELLO 18.05.2011).  |
| VIDEOOCULOGRAFIA               | Si ritiene corretto assimilare tale metodica alla EOG, codice 95.22 "Elettrooculografia (Interpello 15/02/2010)   |
| ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI | <p>Codificare con 09.19 "Altre procedure diagnostiche su apparato lacrimale"</p> <p>Codificare anche 09.42 "Specillazione dei canalicoli lacrimali"; incluso: rimozione di calcolo, dilatazione" nel caso di risoluzione di stenosi vie lacrimali ("Interpello" 16/09/2009)</p> <p>Codificare solo con 09.43 per le prestazioni prenotate dal 1 gennaio 2010, in quanto il NTR 2010 modifica la descrizione del codice 09.43 da: "SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione; (Per ciclo terapeutico)" a: "ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione" effettuabile in ambulatori protetti.</p> |

## 12. ULTERIORI INDICAZIONI

|   |  |
|---|--|
| VISITA SPECIALISTICA                      | <p>La richiesta specifica di una prestazione (esempio ECG), senza esplicita prescrizione di visita, <i>non può essere integrata</i> dalla codifica della visita (esempio visita cardiologia) da parte dello specialista.</p> <p>Nel caso in cui le prestazioni diagnostiche terapeutiche, per la loro complessità o livello di responsabilità o per specifiche disposizioni di legge o, infine, per esigenze organizzative del servizio, richiedano una preventiva valutazione del clinico, la richiesta è da ritenersi implicita, senza bisogno di rinviare il paziente al curante e senza oneri aggiunti per il SSR e per il cittadino.</p>  |
| Cod. 89.01                                | <p>Visita Di Controllo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambulatori stomatoterapici – prestazioni infermieristiche (conferenza Asl Brescia di 12 ottobre 2009) codificare 89.01</li> <li>- Valutazione dietetica (verbale GdL AAC del 09.11.2011) codificare 89.01</li> </ul>   |
| VISITA FISIATRICA PER TERAPIA ONDE D'URTO | Nella remunerazione della terapia con onde d'urto è ricompresa la valutazione preliminare e finale.  |
| Cod. 98.59.1 e Cod. 98.59.2               | <p><b>TERAPIA ONDE D'URTO FOCALIZZATE O RADIALI</b></p> <p>Ai fini della compartecipazione alla spesa, possono essere prescritte un massimo di tre sedute per ricetta. Rendicontabile per ciascuna seduta con massimo tre sedute.</p> <p>Per ciascun paziente deve essere predisposto idoneo consenso informato al trattamento.</p> <p>La prestazione deve essere corredata da valutazione del paziente e dai parametri di trattamento: distretto da trattare, potenza, profondità, frequenza, numero di colpi, ecc.</p> <p>Ad ogni trattamento il paziente deve apporre la propria firma per avvenuta prestazione.</p>  |
| POLISONNOGRAMMA                           | <p>In considerazione della valenza multidisciplinare della POLISONNOGRAFIA (attualmente afferente alle branche di Neurologia e Neuropsichiatria infantile), si integra il nomenclatore tariffario ambulatoriale con l'estensione della suddetta procedura alla branca ambulatoriale di PNEUMOLOGIA, stabilendo però che la suddetta nuova possibilità di esecuzione sia subordinata all'esistenza nell'ambito dello stesso Ente erogatore di una UO di NEUROLOGIA. (DGR 2633 del 06/12/2011 – all.10)</p> <p>Cod. 89.17 POLISONNOGRAMMA. Diurno o notturno e con metodi speciali Incluso EEG (89.14).</p> <p>In caso di esami poligrafici utilizzare i codici congrui: (es. poligrafia cod. 89.15.6, poligrafia dinamica ambulatoriale cod. 89.15.7, etc.)</p> |
| Cod. 99.23                                | Iniezione di steroidi si integra il nomenclatore tariffario ambulatoriale con l'estensione della suddetta procedura (precedentemente afferente all'oncologia) anche alla branca ambulatoriale di ostetricia e ginecologia  |
| VIDEODERMATOSCOPIA<br>Cod. 89.39.6        | Cod. 89.39.6 "OSSERVAZIONE DI LESIONI PIGMENTARIE E NON CON VIDEODERMATOSCOPIO" (estensione anche alla branca di oncologia)  |
| IRRIGAZIONE/<br>EPARINIZZAZIONE PORT-CATH | Codificare con 96.57 "Irrigazione di catetere vascolare" (Interpello 16/09/2009)   |

|   |  |
|---|--|
| ENDOSCOPIA NASALE CON FIBRE OTTICHE           | Codificare con 31.42 "laringoscopia ed altra tracheoscopia – laringoscopia a fibre ottiche" (Interpello 07/05/2012)  |
| SOSTITUZIONE CANNULA PER TRACHEOSTOMIA        | Codificare con 98.18 "Rimozione di corpo estraneo intraluminale da stoma artificiale, senza incisione" (Interpello 16/09/2009)   |
| TRATTAMENTO STOMATOTERAPICO                   | Assimilabile a cod. 89.01 come da indicazioni conferenza ASL ottobre 2009  |
| PRESTAZIONE 992B CURA DELLA LIPOATROFIA - HIV | Nell'allegato 15 DGR 8501/2009 sono fornite indicazioni e si identifica quale riferimento principale nella gestione di questa problematica lo specialista in malattie infettive operante presso strutture con UO di Malattie Infettive autorizzata, accreditata e a contratto con SSR. In riferimento alla prestazione 992B va rendicontata in 28/SAN nella quantità di 1 per ricetta. Non esistono limiti di ripetibilità della prestazioni nell'arco dell'anno (non è prestazioni a cicli) e ogni accesso deve essere accompagnato da un'impegnativa che sarebbe opportuno fosse redatta dal medico specialista infettivologo (Interpello 17/02/2010)  |
| Cod. 86.22                                    | <p>RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE; Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, ; massa di tessuto necrotico ; Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita),; osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27), ; Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), ; innesto a lembo o peduncolato (86.75).</p> <p>- Interpello del 9 luglio 2009 - <i>Si ricorda che questa prestazione è da intendersi come asportazione definitiva di tessuto devitalizzato, necrosi o depositi che include un'incisione (taglio) all'esterno ed oltre il margine della ferita</i></p> <p>- Documento sul piede diabetico allegato al verbale del 19 maggio 2011 del GdL_AAC punto n° 2 "... l'attribuzione del codice 86.22 (rimozione asportativa di ferita, infezione o ustione) identifica una procedura chirurgica complessa che può essere eseguita sia in regime di ricovero ordinario che di Day Hospital o Day Surgery. In entrambi i casi questa procedura, che identifica un DRG Chirurgico deve obbligatoriamente presentare un accesso in Sala Operatoria che deve essere identificato da un verbale di Sala Operatoria, una scheda anestesiologicala, etc.</p> <p><i>Le procedure medicate e di toilette chirurgica che invece vengono eseguite al letto del paziente, in regime di ricovero ordinario, diurno o ambulatoriale devono essere codificate con procedura 86.28 (rimozione non asportativa di ferita, infezione o ustione)"</i></p> <p>- Verbale del 14 dicembre 2011 del GdL_AAC punto n° 4) : "da riservarsi alle procedure eseguite in sala operatoria, con asportazioni chirurgicamente rilevanti di tessuto cutaneo e sottocutaneo, a carico di aree estese, e non in caso, ad esempio, di semplici escariectomie..."</p> |
| Cod. 86.4                                     | La rendicontazione dei codici 864 "asportazione radicale di lesione della cute" - 863 "asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo..." - 86.11 "biopsia cute e tessuto sottocutaneo" - 86.23 "rimozione unghia, matrice ungueale o plica ungueale" e <u>similari</u> È COMPRENSIVA DELLE ALTRE PRESTAZIONI A COROLLARIO come ad es. iniezione perinervosa (99.29.1), iniezione di sostanze terapeutiche. ad azione locale...(83.98), sutura estetica (86.59.2) e similari, fasciatura semplice (93.56.1), medicazione avanzata (96.59.1), altra irrigazione di ferita (96.59), biopsia cute e tessuto sottocutaneo (86.11) ecc. (eccetto eventuali innesti cutanei).   |
| DGR X/ 2313 01/08/2014                        | <b>ALLEGATO A) "AMBITO SANITARIO"</b><br>Principio Generale: le correzioni/cancellazioni operate dalle Strutture sanitarie sulla propria produzione nei termini previsti, non sono   |

ammesse sulla quota parte di prestazioni sanitarie (di ricovero e di specialistica ambulatoriale) oggetto di verifica da parte delle ASL, entrando le stesse nell'esclusiva disponibilità dei NOC per quanto attiene modifiche e correzioni; ciò sin dal momento stesso dell'invio agli Erogatori dell'elenco di prestazioni campionate e fino alla conclusione degli episodi ispettivi, i cui esiti (con le relative modifiche) devono essere trasmessi in Regione esclusivamente ad opera della ASL.

**TRATTAMENTO DELLE CONTRATTURE DI DUPUYTREN (XIAPEX)**

Richiamata la nota prot. n. H1.2014.0001136 del 14.01.2014 Direzione Generale Salute ad oggetto "Determina AIFA DEL 12 FEBBRAIO 2013 – Regime di rimborsabilità e prezzo di vendita del medicinale Xiapex" in cui si dispone che il rimborso della procedura sia a partire dal 20 gennaio 2014 come prestazione ambulatoriale e rendicontazione in File F (tipologia 2), viene individuato per la prestazione il codice ambulatoriale 99.2C "INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE SPECIFICHE PER IL TRATTAMENTO DELLA CONTRATTURA DI DUPUYTREN IN PAZIENTI ADULTI CON CORDA PALPABILE Escluso costo del farmaco (Incluso visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore)".

La prestazione potrà essere effettuata solo dai centri prescrittori individuati (in ottemperanza a quanto disposto con determinazione AIFA) i quali compileranno le apposite schede di monitoraggio AIFA - AO Spedali Civili di Brescia.