

DECRETO DIREZIONE GENERALE SANITA' N. 32731 DEL 18/12/2000

Oggetto: **Approvazione delle linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario. Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - d.g.r. n. VI/42606 del 23 aprile 1999.**

IL DIRETTORE GENERALE

VISTO l'art. 17 della l.r. n. 16/96 e successive modifiche ed integrazioni, che individua competenze e poteri dei Direttori Generali;

VISTA la d.g.r. n. VII/4 del 24.5.2000 "Avvio della VII legislatura. Costituzione delle Direzioni Generali e nomina dei Direttori Generali";

VISTO il d.lgs 30.12.1992, n. 502 art. 8 c. 7 e successive modifiche ed integrazioni, che prevede che le Regioni e le Province autonome adottino i provvedimenti necessari per l'instaurazione tra le istituzioni sanitarie dei nuovi rapporti fondati sulla liquidazione di un corrispettivo predeterminato a fronte delle prestazioni rese, sull'accreditamento e sulla verifica e revisione della qualità dell'attività svolta;

VISTO il d.m.s. 22 luglio 1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e relative tariffe;

VISTA la d.g.r. n. VI/18664 del 27.9.1996, successivamente modificata dalla d.g.r. n. VI/21511 del 2.12.1996 con cui si è stabilito di recepire il nomenclatore tariffario allegato, quale parte integrante, al citato d.m. 22 luglio 1996;

RICHIAMATA la d.g.r. n. VI/42606 del 23.4.1999 avente ad oggetto: "Aggiornamento delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e relative tariffe" al cui punto 6) del deliberato si specifica di dare mandato al Direttore Generale della Sanità di approvare, dopo un periodo di prima applicazione del nomenclatore tariffario allegato alla stessa, delle linee guida riportanti ulteriori indicazioni esplicative;

CONSIDERATE le richieste di chiarimenti connesse all'applicazione del tariffario in oggetto, avanzate da parte di varie strutture accreditate, sia pubbliche sia private, della Regione Lombardia;

VALUTATE ed analizzate tali richieste, le Unità Organizzative della Direzione Generale Sanità, "Qualità e Integrazione dei Servizi Sanitari" e "Remunerazione delle Prestazioni Sanitarie e Flussi Informativi" hanno provveduto alla stesura di idonee linee guida come da allegato;

STABILITO che i medici prescrittori delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nella compilazione delle prescrizioni, devono dettagliare le singole prestazioni ritenute necessarie attenendosi quanto più possibile alle descrizioni riportate nel nomenclatore tariffario;

STABILITO che, per agevolare l'accesso del cittadino utente, le strutture erogatrici delle prestazioni non devono rifiutare prescrizioni utilizzando termini non riportati nel nomenclatore tariffario, ma entrati nell'uso corrente, o dalle quali appare inequivocabilmente evidente la natura della prestazione richiesta anche se essa non è ben descritta come da nomenclatore tariffario;

STABILITO che le Aziende Sanitarie Locali non devono rifiutare il rimborso per prestazioni effettuate sulla base di prescrizioni utilizzando termini non riportati nel nomenclatore tariffario, ma entrati nell'uso corrente, o dalle quali appare inequivocabilmente evidente la natura della prestazione richiesta anche se essa non è ben descritta come da nomenclatore tariffario;

STABILITO che, per meri motivi burocratico amministrativi, le strutture erogatrici non possono richiedere la suddivisione, in più prescrizioni diverse, di una prescrizione contenente fino ad un massimo di otto prestazioni appartenenti alla medesima branca specialistica,;

RITENUTO di approvare il documento "Linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario", allegato come parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito Web della D.G. Sanità, ai fini della diffusione dello stesso;

DECRETA

Per le motivazioni espresse in premessa:

Art. 1

I medici prescrittori delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nella compilazione delle prescrizioni, devono dettagliare le singole prestazioni ritenute necessarie attenendosi quanto più possibile alle descrizioni riportate nel nomenclatore tariffario.

Art. 2

Per agevolare l'accesso del cittadino utente, le strutture erogatrici delle prestazioni non devono rifiutare prescrizioni utilizzando termini non riportati nel nomenclatore tariffario, ma entrati nell'uso corrente e dalle quali appare inequivocabilmente evidente la natura della prestazione richiesta anche se essa non è ben descritta come da nomenclatore tariffario.

Art. 3

Le Aziende Sanitarie Locali non devono rifiutare il rimborso per prestazioni effettuate sulla base di prescrizioni utilizzando termini non riportati nel nomenclatore tariffario, ma entrati nell'uso corrente e dalle quali appare inequivocabilmente evidente la natura della prestazione richiesta, anche se essa non è ben descritta come da nomenclatore tariffario.

Art. 4

Le strutture erogatrici non possono, per meri motivi burocratico amministrativi, richiedere la suddivisione di una prescrizione contenente prestazioni, fino ad un massimo di otto, appartenenti alla medesima branca specialistica, in più prescrizioni diverse.

Art. 5

L'allegato "Linee guida per la corretta applicazione del nomenclatore tariffario" è approvato come parte integrante al presente provvedimento.

Art. 6

Si dispone la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito Web della D.G. Sanità, ai fini della diffusione dello stesso.

Renato Botti



Regione Lombardia

Direzione Generale Sanità

**PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA
AMBULATORIALE
D.G.R. 23 APRILE 1999 – N. VI/42606**

**LINEE GUIDA
PER
LA CORRETTA APPLICAZIONE
DEL
NOMENCLATORE TARIFFARIO**

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

D.G.R. 23 APRILE 1999 – N. VI/42606

**LINEE GUIDA PER LA CORRETTA APPLICAZIONE DEL
NOMENCLATORE TARIFFARIO**

INDICE

INTRODUZIONE

- Generalità pag. 3
- Somministrazione di farmaci “ 6
- Limite di prescrivibilità “ 6
- Prestazioni eseguibili in momenti successivi “ 7

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

- Dermatologia Allergologica “ 8
- Diagnostica per Immagini: Medicina Nucleare “ 9
- Diagnostica per Immagini: Radiologia Diagnostica “ 9
- Laboratorio Analisi “ 12
- Medicina Fisica e Riabilitazione “ 24
- Nefrologia – Emodialisi “ 26
- Oculistica “ 26
- Odontostomatologia “ 26
- Psichiatria “ 27
- Radioterapia “ 28

INTRODUZIONE

GENERALITÀ

L'allegato n. 1 alla D.G.R. 23 aprile 1999 n. VI/42606 elenca le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio, erogabili nell'ambito del SSR e le relative tariffe.

Oltre che dal codice identificativo, alcune prestazioni sono contrassegnate anche da un simbolo che ne indica le specifiche condizioni di erogabilità.

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

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

Le prestazioni contrassegnate con il simbolo " * " sono erogabili, a carico del SSR, solo secondo linee guida clinico diagnostiche riportate nell'allegato n. 2 alla D.G.R. 23 aprile 1999 n. VI/42606.

ALTRI SIMBOLI

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

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

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

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

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

NAS: Non altrimenti specificato.

Le prestazioni recanti la dizione "NAS" (Non Altrimenti Specificato), vanno utilizzate esclusivamente quando la specifica prestazione prescritta non sia presente nell'allegato n. 1. Le tariffe possono essere riconosciute solo in tale specifico caso.

In genere la dizione NAS compare quando nel Nomenclatore esiste una determinata procedura ma l'oggetto della procedura medesima è diverso da quello/i individuato/i nel Nomenclatore stesso.

Esempio 1: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SENZA INCISIONE. Esistono ventitré voci che si riferiscono a tale procedure. In ventidue di queste (da 98.1 a 98.19 e da 98.21 a 98.29) viene specificata la sede nella quale viene eseguita la rimozione (bocca, esofago, occhio, mano, piede ecc.), mentre in una (98.20 "Rimozione di corpo estraneo, NAS") la sede oggetto della rimozione non viene indicata. Quest'ultima voce deve essere utilizzata solo nel caso in cui la procedura di rimozione di corpo estraneo fosse effettuata in una sede diversa rispetto a quelle indicate nel Nomenclatore.

Esempio 2: RICERCA DI VIRUS MEDIANTE REAZIONE POLIMERASICA A CATENA. Esistono due voci che si riferiscono alla ricerca di "Virus dell'epatite C [HCV]" (91.19.3 e 91.19.4), due voci che si riferiscono alla ricerca del "Virus dell'immunodeficienza acquisita [HIV]" (9.22.2 e 91.22.3), una voce che si riferisce alla ricerca di "Virus dell'epatite B [HBV]" (91.17.3) ed infine una voce "Virus acidi nucleici in materiali biologici ibridazione NAS. (Previa reazione polimerasica a catena)" (91.11.5) che non fa riferimento ad alcun specifico virus. Quest'ultima voce deve essere utilizzata solo nel caso venisse richiesta una ricerca, previa reazione polimerasica a catena, di virus diversi da HCV, HIV, HBV.

Inoltre le tariffe corrispondenti alle prestazioni recanti la dizione "NAS" non possono mai essere riconosciute in aggiunta a tariffe relative a prestazioni specifiche di analogo contenuto.

- I:** La lettera I indica le prestazioni di nuovo inserimento nel nomenclatore tariffario regionale
- M:** La lettera M indica le prestazioni la cui descrizione è stata modificata rispetto alla descrizione già presente e codificata nel nomenclatore tariffario nazionale
- P:** Procedure con tariffe ridefinite in relazione a quelle vigenti per il day hospital o il ricovero ordinario di un giorno

L'allegato n. 2 alla D.G.R. 23 aprile 1999 n. VI/42606 elenca le prestazioni che nell'allegato n. 1 sono contrassegnate con il simbolo " * ", con le rispettive linee guida clinico diagnostiche.

L'allegato n. 3 alla D.G.R. 23 aprile 1999 n. VI/42606 contiene l'accorpamento delle prestazioni erogabili secondo le branche specialistiche già presenti nel decreto ministeriale 7 novembre 1991.

Tale accorpamento è da intendersi finalizzato esclusivamente all'applicazione delle disposizioni di legge in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

L'elencazione per branca specialistica non riveste alcun carattere definitorio né delle competenze degli specialisti coinvolti, né dei professionisti e delle strutture abilitati all'erogazione delle prestazioni, che formano l'oggetto della normativa nazionale e regionale in materia di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie e di accreditamento.

Nell'allegato n. 3, l'elenco "ALTRE PRESTAZIONI" include prestazioni erogate da specialisti di diverse branche specialistiche (anche in funzione dell'organizzazione delle singole strutture erogatrici) e non identifica un'ulteriore branca specialistica. Qualora una delle prestazioni incluse in tale elenco sia prescritta nella stessa ricetta con prestazioni ad essa complementari, riconducibili ad una delle branche specialistiche individuate, deve essere considerata come appartenente a tale branca. Qualora, invece, una di tali prestazioni sia prescritta singolarmente, deve essere considerata come appartenente alla branca specialistica della specifica struttura o del professionista che la eroga.

L'allegato n. 4 alla D.G.R. 23 aprile 1999 n. VI/42606 elenca le prestazioni già incluse nell'allegato 1 al decreto ministeriale 7 novembre 1991 che risultano non più erogabili nell'ambito del SSN ai sensi dello stesso decreto ministeriale 22 luglio 1996. Più in particolare la parte A dell'allegato riporta le prestazioni dichiarate obsolete dal Consiglio Superiore di Sanità. La definizione di obsolescenza in tale sede identifica tutte quelle prestazioni che non trovano corretta collocazione nel provvedimento di individuazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nell'ambito del SSN in quanto:

- tecnologicamente superate (ad es. "Scintigrafia timica");
- ridondanti o incoerenti in conseguenza delle nuove definizioni adottate nel provvedimento (ad es. "Bacino: ogni radiogramma in più", "Svuotamento ascesso freddo altre regioni", "Valutazione spirometrica, volumi statici e dinamici per medicina dello sport");
- corrispondenti a parti di una prestazione complessa inclusa nell'allegato n. 1 (ad es. "Misura del filtrato glomerulare o del flusso plasmatico renale", "Reazioni istocitochimiche...", "Crioanestesia");
- eseguite abitualmente in corsi di visita specialistica (ad es. "Test alla luce di Wood").

SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

Si precisa che oltre alle prestazioni nella cui descrizione è espressamente specificata l'inclusione del farmaco, anche relativamente alle prestazioni di seguito elencate la tariffa è inclusiva del costo del farmaco somministrato:

- 03.8 Iniezione di farmaci citotossici nel canale vertebrale.
- 03.91 Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia.
- 03.92 Iniezione di altri farmaci nel canale vertebrale.
- 04.81.1 Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia. Blocco del Ganglio di Gasser.
- 04.81.2 Iniezione di anestetico in nervo periferico per analgesia. Blocco degli intercostali.
- 05.31 Iniezione di anestetico nei nervi simpatici per analgesia.
- 05.32 Iniezione di agenti neurolitici nei nervi simpatici.
- 16.91 Iniezione retrobulbare di sostanze terapeutiche.
- 34.92 Iniezione nella cavità toracica.
- 38.98 Puntura di arteria.
- 54.97 Iniezione di sostanze terapeutiche ad azione locale nella cavità peritoneale.

Sono inoltre comprensive del costo dei farmaci le prestazioni di emodialisi identificate dai codici 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, limitatamente ai farmaci indicati nel paragrafo "Prestazioni di emodialisi".

Le tariffe delle altre prestazioni nel corso delle quali è prevista la somministrazione di farmaci non includono il costo del farmaco.

Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche, anche laddove non espressamente indicato nella relativa descrizione, includono il costo dell'anestesia eventualmente praticata.

LIMITE DI PRESCRIVIBILITÀ

Si ricorda che ogni prescrizione medica può contenere prescrizioni-proposte di una sola branca specialistica, fino ad un limite di otto prestazioni; le branche specialistiche sono quelle individuate nel già citato allegato n. 3. Prescrizioni riguardanti branche specialistiche diverse devono essere effettuate su ricette diverse. Si ribadisce che la richiesta di più prestazioni, nel limite di otto, della medesima branca specialistica non può dar luogo, per meri motivi burocratico-amministrativi, a modalità di partecipazione alla spesa da parte del cittadino (ticket) difformi da quanto previsto dalla normativa vigente (ad esempio richiedere due prescrizioni diverse, con conseguente pagamento di due diversi tickets, per due prestazioni della medesima branca che vengano eseguite in due sedi diverse all'interno della stessa Azienda).

Di norma alla richiesta di **una prestazione**, individuata nel Nomenclatore Tariffario Regionale da uno specifico codice, corrisponde l'erogazione e la rendicontazione di una sola prestazione; ad esempio a fronte di una richiesta "Elettrocardiogramma" corrisponde l'esecuzione e la rendicontazione dell'**unica prestazione**: "89.52 Elettrocardiogramma".

Fanno eccezione le prestazioni, in genere di medicina fisica e di riabilitazione ma anche di altre branche, che recano nella descrizione della singola voce l'indicazione per ciclo, come ad esempio: "93.18.1 Esercizi respiratori. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)", e di tutte le prestazioni che, implicitamente ripetitive, recano nella descrizione un limite al numero delle ripetizioni, come ad esempio: "90.68.1 IgE specifiche allergologiche: quantitativo per ogni allergene (pannello fino a 12 allergeni)"; "91.90.5 Test epicutanei a lettura ritardata [Patch test] (fino a 20 allergeni) (per singolo allergene)".

In questi casi, a fronte della richiesta di **una prestazione**, ad uno specifico codice corrisponde l'erogazione e la rendicontazione di **più prestazioni** fino al limite massimo indicato nella descrizione della specifica voce; ad esempio a fronte della richiesta di "Ciclo di Elettroterapia antalgica TENS, al ginocchio dx" corrisponde l'erogazione di 10 sedute di Elettroterapia antalgica TENS (93.39.5).

Riguardo alla prescrivibilità, ai limiti di prescrivibilità e alla rendicontazione delle prestazioni di medicina fisica e di riabilitazione, di IgE specifiche e di test epicutanei vedere anche alle specifiche voci.

PRESTAZIONI ESEGUIBILI IN MOMENTI SUCCESSIVI

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

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

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

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

Infine, qualora esigenze diagnostiche lo richiedano, nella medesima ricetta possono essere prescritte, per pazienti esenti o non, fino a otto **prestazioni diagnostiche identiche** delle quali il cittadino può usufruire presso la medesima struttura, in momenti diversi, entro un periodo di tempo coerente rispetto alle esigenze diagnostiche e comunque entro tre mesi dall'effettuazione della prima prestazione. In caso di non effettuazione di tutte le prestazioni richieste, dovranno essere rendicontate solo le prestazioni effettivamente erogate. Vengono di seguito riportati alcuni esempi esplicativi: Monitoraggio del ciclo mestruale (3 o 4 Estradiolo + 3 o 4 Progesterone); Monitoraggio di sospetta gravidanza extrauterina (2 o più Gonadotropina corionica subunità beta); Esame citologico delle urine o dell'escreato per ricerca di cellule neoplastiche su tre o più campioni; Ricerca di micobatteri nelle urine o nell'escreato su tre o più campioni; Esame colturale delle feci su tre o più campioni.

PRESTAZIONI SPECIALISTICHE

DERMATOLOGIA ALLERGOLOGICA

"Test epicutanei a lettura ritardata [patch test] (fino a 20 allergeni) (per singolo allergene)" (91.90.5). Valgono le indicazioni fornite per il codice 90.68.1 (IgE specifiche allergologiche) con la sola differenza che la richiesta da 1 a 20 allergeni corrisponde a una prestazione, la richiesta da 21 a 40 allergeni corrisponde a due prestazioni e così via. Su ogni modulo di richiesta possono essere richieste fino a otto prestazioni della medesima branca con partecipazione alla spesa (ticket) da parte dei cittadini fino al massimo dovuto per legge.

PRESTAZIONI	CODICE	TARIFFA*
Test epicutanei a lettura ritardata [patch test] (fino a 20 allergeni)	91.90.5	4.000 (per singolo allergene)

Esempio 1: richiesta di 9 allergeni = 1 prestazione

CODICE PRESTAZIONE	QUANTITA'	TARIFFA*
91.90.5	9	4.000 x 9

Esempio 2: richiesta di 47 allergeni = 3 prestazioni

CODICE PRESTAZIONE	QUANTITA'	TARIFFA*
91.90.5	20	
91.90.5	20	
91.90.5	7	4.000 x 47

(max. 8 prestazioni: in questo caso il massimo di test epicutanei corrisponde a 160 allergeni)

Test di tolleranza con farmaci e di provocazione orale con alimenti ed additivi (per singola dose)" (91.90.7). Si considera prestazione la somministrazione di ogni singola dose, compreso il placebo. Su un'unica ricetta è possibile cumulare fino a 8 dosi. La prestazione comprende anche la valutazione clinica del paziente durante il test.

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE

La prestazione 92.03.1 "Scintigrafia renale" si intende bilaterale.

Per le prestazioni 92.02.1 e 92.15.1 tra parentesi è indicato il numero di proiezioni riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa individuata remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni eseguite per raggiungere il risultato diagnostico

PRESCRIZIONE	CODICE	TARIFFA *
Scintigrafia epatica (3 proiezioni)	92.02.1	La tariffa remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni eseguite per raggiungere il risultato diagnostico, in quanto tra parentesi è indicato il numero di proiezioni mediamente sufficiente a garantire la completezza dell'indagine.
Scintigrafia polmonare perfusione (6 proiezioni)	92.15.1	

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA

Per le prestazioni identificate dai codici da 87.03 a 88.99.5 qualora la descrizione delle prestazioni che distingue diversi distretti corporei sui quali può essere eseguita la procedura in questione NON sia inclusa tra "[]" è possibile prevedere che la medesima prestazione venga contemporaneamente prescritta con riferimento a più di un distretto. Nella descrizione i distretti corporei sono tra di loro separati da una virgola.

Solo qualora la medesima prestazione venga contemporaneamente prescritta con riferimento a più di un distretto è possibile riconoscerne la remunerazione in misura pari al numero dei distretti per i quali sia stata contemporaneamente prescritta.

Esempio:

PRESCRIZIONE	CODICE E DESCRIZIONE	TARIFFA *
Radiografia del gomito	88.22 Radiografia del gomito e dell'avambraccio	29.000
Radiografia dell'avambraccio	88.22 Radiografia del gomito e dell'avambraccio	29.000
Radiografia del gomito e dell'avambraccio	88.22 Radiografia del gomito e dell'avambraccio X 2	29.000 X 2

Per le prestazioni identificate dai codici da 87.03 a 88.99.5 qualora la descrizione delle prestazioni che distingue diversi distretti sui quali può essere eseguita la procedura in questione sia inclusa tra "[]", questa indica un elenco di sinonimi o termini esplicativi della prestazione stessa da ricondurre al codice corrispondente. Le prescrizioni mediche recanti più sinonimi non possono comportare la fatturazione di più tariffe.

Esempio: codice 87.03 TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO
TC del cranio [sella turcica, orbite].

La prescrizione di "TC del capo" o "TC del cranio" comporta la fatturazione di una sola prestazione (Lit. 188.000), così come la prescrizione congiunta di "TC della sella turcica e delle orbite".

Per le prestazioni nella cui descrizione è citato il numero di radiogrammi o proiezioni, questo non va inteso come misura delle singole procedure che sono remunerate dalla tariffa corrispondente, bensì come indicazione del numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione specifica. Pertanto i valori numerici riportati non costituiscono limite né minimo, né massimo per il professionista cui è affidato il compito di perseguire il risultato diagnostico atteso con la prestazione.

La tariffa corrispondente remunera la prestazione indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi effettivamente eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico nei singoli casi.

In proposito si segnala anche che le tariffe delle prestazioni in questione includono sia i costi dei mezzi di contrasto, sia quelli dell'assistenza anestesiologicala, sia quelli associati all'impiego saltuario di particolari procedure o presidi sanitari.

Di norma, in caso di prescrizioni generiche **Radiografia della colonna** o **Radiografia del rachide** queste vanno interpretate come richieste di "Radiografia completa della colonna (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico" (87.29); la richiesta **Radiografia del tubo digerente** come richiesta di "Radiografia completa del tubo digerente. Pasto baritato" (87.61); la richiesta di **Ecografia addome** come "Ecografia addome completo" (88.76.1); la richiesta di **TAC dell'addome** come richiesta di "Tomografia (TC) computerizzata dell'addome completo" (88.01.5) o, se necessario per pervenire alla diagnosi, "Tomografia (TC) computerizzata dell'addome completo, senza e con contrasto" (88.01.6). L'esecuzione di una prestazione diagnostica "completa" comporta la codifica dello specifico codice; ad esempio: una ecografia dell'addome completo dovrà essere codificata con il codice 88.76.1, e non come contemporanea esecuzione di ecografia dell'addome superiore (88.74.1) più ecografia dell'addome inferiore (88.75.1).

Esempi:

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E DESCRIZIONE	TARIFFA *
Radiografia della colonna o Radiografia del rachide	87.29 Radiografia completa della colonna (due proiezioni)	67.000
Radiografia del tubo digerente	87.61 Radiografia completa del tubo digerente. Pasto baritato.	159.000
Ecografia addome completo	88.76.1 Ecografia addome completo. Non è possibile sommare l'ecografia addome superiore 88.74.1+ ecografia addome inferiore 88.75.1	136.000 non la somma di lire 99.000 + 113.000)
TAC addome	88.01.5 Tomografia computerizzata dell'addome completo	260.000
TAC addome	88.01.6 TAC Addome completo, senza e con contrasto (quando è necessario per pervenire alla diagnosi)	397.000

Le prestazioni di **Mammografia**, **Ecografia della mammella**, **RM della mammella**, quando eseguite bilateralmente, comportano la codifica, rispettivamente dei codici 87.37.1, 88.73.1, 88.92.8 ovvero, se necessario per una corretta diagnosi, 88.92.9. Non è ammesso codificare due volte la prestazione monolaterale.

PRESCRIZIONE	CODICE	TARIFFA *
Mammografia bilaterale	88.37.1 (non 87.37.2 X 2)	85.000 (non 44.000 X 2)
Eco mammaria bilaterale	88.73.1 (non 88.73.2 X 2)	69.000 (non 41.000 X 2)
RM mammaria bilaterale	(88.92.8 (non 88.92.6 X 2)	362.000 (non 335.000 X 2)

Diverse prestazioni di **Tomografia computerizzata (TC)** e di **Risonanza magnetica nucleare (RM)** prevedono due codici diversi per la prestazione **senza contrasto** e per la prestazione **senza e con contrasto**. La prima, nella descrizione, non riporta alcuna indicazione riguardo all'uso o meno del mezzo di contrasto (ad es.: "Tomografia computerizzata (TC) del collo"), la seconda riporta invece la dizione "senza e con contrasto" (ad es.: "Tomografia computerizzata (TC) del collo, senza e con contrasto") È evidente che la seconda prestazione (senza e con contrasto) comprende la prima, per cui se viene eseguita una prestazione senza e con contrasto deve essere codificato solo lo specifico codice e non, contemporaneamente, anche il codice della corrispondente prestazione senza contrasto.

Esempio: esecuzione di TC del collo **senza** contrasto: codificare "Tomografia computerizzata (TC) del collo" (87.03.7);

esecuzione di TC del collo **senza e con** contrasto: codificare " Tomografia computerizzata (TC) del collo, senza e con contrasto" (87.03.8).

Nella tabella sotto riportata vengono indicate le prestazioni eseguibili senza contrasto e le corrispondenti prestazioni eseguibili senza e con contrasto.

DESCRIZIONE PRESTAZIONE	CONTRASTO		DESCRIZIONE PRESTAZIONE	CONTRASTO	
	SENZA	SENZA E CON		SENZA	SENZA E CON
TAC CAPO	87.03	87.03.1	RM CERVELLO E TRONCO	88.91.1	88.91.2
TAC MASSICCIO FACCIALE	87.03.2	87.03.3	RM MASSICCIO FACCIALE	88.91.3	88.91.4
TAC ORECCHIO	87.03.5	87.03.6	RM COLLO	88.91.6	88.91.7
TAC COLLO	87.03.7	87.03.8	RM TORACE	88.92	88.92.1
TAC TORACE	87.41	87.41.1	RM CUORE	88.92.3	88.92.4
TAC RENI	87.71	87.71.1	RM MAMMELLA Monolaterale	88.92.6	88.92.7
TAC ADDOME SUPERIORE	88.01.1	88.01.2	RM MAMMELLA Bilaterale	88.92.8	88.92.9
TAC ADDOME INFERIORE	88.01.3	88.01.4	RM COLONNA	88.93	88.93.1
TAC ADDOME COMPLETO	88.01.5	88.01.6	RM MUSCOLOSCELETRICA	88.94.1	88.94.2
TAC RACHIDE	88.38.1	88.38.2	RM ADDOME SUPERIORE	88.95.1	88.95.2
TAC ARTO SUPERIORE	88.38.3	88.38.4	RM ADDOME INFERIORE	88.95.4	88.95.5
TAC ARTO INFERIORE	88.38.6	88.38.7			

LABORATORIO ANALISI

Per alcune prestazioni che vengono di seguito dettagliate, possono essere accettate anche richieste riportanti termini generici o entrati nell'uso comune (ad esempio: Transaminasi, Elettroliti, Markers Epatite, TORCH, Reazione di Wasserman, Quadro lipidico ecc.).

Nel caso in cui vengano eseguite, direttamente dallo specialista di laboratorio, determinate prestazioni non espressamente specificate nella prescrizione (ricetta), ma necessarie per l'esecuzione dell'esame richiesto o per il corretto completamento dell'iter diagnostico (vedi come oltre indicato alle specifiche voci, ad es.: esami di biologia molecolare, elettroforesi, droghe d'abuso, anticorpi anti nucleo, ricerca variante DU, esami colturali, sierologia HIV ecc.) e venisse eventualmente superato il numero di otto prestazioni, non deve essere richiesta al paziente una ulteriore prescrizione di esami a completamento del numero di prestazioni effettivamente erogate; nella rilevazione dell'attività deve essere generato un nuovo record per la contabilizzazione delle prestazioni eccedenti le otto.

Le prestazioni di **prelievo** di sangue venoso, prelievo di sangue capillare, prelievo di sangue arterioso, prelievo microbiologico e prelievo citologico, non vanno incluse nel

conteggio delle otto prestazioni per prescrizione (ricetta), ma concorrono alla determinazione della partecipazione alla spesa da parte del cittadino (ticket).

I prelievi vengono conteggiati e codificati nel numero necessario alla esecuzione della/e prestazione/i anche se non espressamente specificato nella richiesta di esami.

L'esame **Creatinina Clearance** comporta la codifica del solo codice 90.16.4.

Le richieste generiche **Quadro elettrolitico**, Elettroliti, Q.E. o simili devono essere interpretate come richiesta contemporanea di "Sodio - Na" (90.40.4), "Potassio - K" (90.37.4) e "Cloro - Cl" (90.13.3). Eventuali altri elettroliti, necessari a dirimere il quesito diagnostico, devono essere specificati sulla ricetta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Quadro elettrolitico, Elettroliti, Q.E.	90.40.4 Sodio Na	3.000
	90.37.4 Potassio K	3.000
	90.13.3 Cloro Cl	3.000

Le richieste generiche **Curva da carico di glucosio**, curva da carico in gravidanza, minicurva da carico, devono intendersi come richiesta di "Glucosio (Curva da carico 6 determinazioni)" (90.26.5), quando la curva viene eseguita con 4, 5, 6 o più determinazioni, a prescindere dal carico orale di glucosio somministrato, o come richiesta di "Glucosio (curva da carico 3 determinazioni)" (90.26.4) quando la curva venga eseguita con 2 o 3 determinazioni, a prescindere dal carico orale di glucosio somministrato.

NUMERO DETERMINAZIONI	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
4 o 5 o 6 o più	90.26.5 Glucosio - curva da carico 6 determinazioni (comprensiva di glicemia basale)	10.000
2 o 3	90.26.4 Glucosio - curva da carico 3 determinazioni (comprensiva di glicemia basale)	5.000

Le richieste di "curva da carico di glucosio" sono ovviamente comprensive di eventuale concomitante richiesta di "glicemia a digiuno" o "glicemia basale".

La prestazione "**Droghe d'abuso**. Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina" (90.18.3) deve essere intesa per singola sostanza, o classe di sostanze, ricercata. Ogni sostanza indicata sulla prescrizione deve essere quindi considerata come singola prestazione e codificata con il codice 90.18.3.

Esempio: Droghe d'abuso per Amfetamine, Cannabinoidi e Oppiacei = tre prestazioni (Codice 90.18.3: quantità 3).

Le richieste generiche **Droghe d'abuso**, **Sostanze stupefacenti** o simili, senza indicazione di ricerca di specifiche sostanze, devono essere intese come richiesta congiunta di "Amfetamina", "Cannabinoidi", "Cocaina", "Oppiacei" e comporta l'esecuzione e la codifica di quattro prestazioni.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Droghe d'abuso, sostanze stupefacenti, ecc.	90.18.3 Amfetamina, Cannabinoidi, Cocaina e Oppiacei X 4	12.000 X 4

Nel caso in cui la ricerca di una o più **Droghe d'abuso** e/o di **Barbiturici** (90.09.3) e/o di **Benzodiazepine** (90.09.4) e/o di **Etanolo** (90.20.1) risultassero positive e fosse quindi necessario, nei casi previsti dalla normativa regionale, eseguire un'ulteriore analisi di conferma, quest'ultima prestazione può essere eseguita direttamente dallo specialista di laboratorio.

Esempio: Droghe d'abuso per Anfetamine, Cannabinoidi e Oppiacei positiva per Oppiacei = quattro prestazioni (tre prestazioni per screening, una prestazione di conferma).

La richiesta generica di **Transaminasi** comporta l'esecuzione e la codifica di "AST/GOT" (90.09.2) e di "ALT/GPT" (90.04.5).

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Transaminasi	90.09.2 AST/GOT	3.000
	+	+
	90.04.5 ALT/GPT	3.000

La richiesta generica **Colesterolo** va codificata come "Colesterolo totale" (90.14.3).

Le richieste generiche di **Colesterolo frazionato**, **Quadro lipidico** o simili devono essere interpretate come richiesta congiunta di "Colesterolo totale" (90.14.3), "Colesterolo HDL" (90.14.1), "Trigliceridi" (90.43.2) e di "Colesterolo LDL".

La richiesta **Colesterolo LDL** se determinato in base alla formula di Fridewald comporta l'esecuzione e la codifica, con relativa remunerazione, di "Colesterolo totale" (90.14.3), "Colesterolo HDL" (90.14.1) e "Trigliceridi" (90.43.2); in questo caso non deve essere codificata la voce specifica "Colesterolo LDL" (90.14.2) in quanto ottenuta per calcolo. Se sulla richiesta fossero già riportate una o più voci necessarie alla formula di Fridewald ("Colesterolo totale", "Colesterolo HDL", "Trigliceridi"), queste vanno codificate una sola volta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Colesterolo	90.14.3 Colesterolo totale	3.000
Colesterolo frazionato, quadro lipidico ecc.	90.14.1 Colesterolo HDL	4.000
	+	+
	90.14.3 Colesterolo totale	3.000
	+	+
	90.43.2 Trigliceridi	3.000

La codifica 90.14.2 "Colesterolo LDL", e relativa remunerazione, è ammessa solo in caso di determinazione diretta.

La prestazione "Immunoglobuline Catene Kappa e Lambda [S/U]" (90.28.4) è sostituita dalla prestazione "**Catene Kappa e Lambda** [S/U] dosaggio (per ogni dosaggio)" (90.12.6).

Le richieste di **Interferone Gamma, Alpha, Beta** vanno rendicontate utilizzando il codice 90.70.1 "Interferone".

Le richieste di **Interleuchina** diverse da Interleuchina 2 e di altre **Citochine** vanno rendicontate utilizzando il codice 90.70.2 "Interleuchina 2".

La richiesta **Esame feci** comporta la codifica della voce "Feci esame chimico e microscopico" (90.21.3).

La richiesta di **Esame feci completo** deve essere interpretata come richiesta contemporanea di "Feci esame chimico e microscopico" (90.21.3) e di "Sangue occulto nelle feci" (90.21.4).

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Esame feci completo	90.21.3 Feci esame chimico e microscopico	10.000
	+	+
	90.21.4 Sangue occulto nelle feci	8.000

Le voci **PSA totale** "Antigene prostatico specifico" (90.56.5) e **PSA libero** "Antigene prostatico specifico frazione libera" (90.56.6) devono essere specificatamente richieste.

Nel caso in cui alla **Elettroforesi** delle siero proteine (90.38.4) si evidenziasse una componente monoclonale, in un paziente non noto per tale quadro patologico, e fosse quindi necessario procedere alla "Immunofissazione" (90.69.2) quest'ultima prestazione può essere eseguita direttamente dallo specialista di laboratorio, anche se non espressamente specificato nella ricetta, e viene codificata in aggiunta alla elettroforesi.

Anticorpi anti antigeni nucleari estraibili (ENA) (90.47.3). Codificare tale voce se viene eseguita la ricerca qualitativa di anticorpi utilizzando un pool di antigeni (RNP, Sm, SSA, SSB, ecc.). Nel caso di utilizzo dei singoli antigeni "Ribonucleoproteine" (90.53.A), "Scl-70" (90.53.8), "Sm" (90.53.9), "SSA" (90.54.6) e "SSB" (90.54.7) codificare le corrispondenti prestazioni; in questo caso non può essere contemporaneamente codificata la voce specifica "ENA" (90.47.3).

Anticorpi anti nucleo (ANA) (90.52.4). In caso di positività allo screening e quindi fosse necessario procedere alla titolazione e alla caratterizzazione del "pattern", quest'ultima prestazione può essere eseguita direttamente dallo specialista di

laboratorio, anche se non espressamente specificato nella ricetta, e comporta la codifica di 2 ulteriori prestazioni "Anticorpi anti nucleo (ANA)" (90.52.4).

Esempio 1: Anticorpi anti nucleo (ANA) negativo = una prestazione (anticorpi anti nucleo)

Esempio 2: Anticorpi anti nucleo (ANA) positivo = tre prestazioni (tre anticorpi anti nucleo: uno per screening e due per titolazione e caratterizzazione del "pattern")

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), prestazione che può essere eseguita direttamente dallo specialista di laboratorio, anche se non espressamente specificato nella ricetta, e codificata in aggiunta al gruppo sanguigno.

IgE specifiche allergologiche: quantitativo per ogni allergene (pannello fino a 12 allergeni) (90.68.1). La richiesta da 1 a 12 allergeni corrisponde a una prestazione, la richiesta da 13 a 24 allergeni corrisponde a due prestazioni e così via. Su un'unica ricetta possono essere richieste fino a otto prestazioni della medesima branca con partecipazione alla spesa (ticket) da parte dei cittadini fino al massimo dovuto per legge.

Per quanto riguarda la compilazione del record per la rilevazione dell'attività (28/SAN e successive modificazioni e integrazioni) si danno le seguenti indicazioni:

Campo codice prestazione: inserire il codice riportato sul nomenclatore tariffario.

Campo quantità: inserire il numero degli allergeni testati.

PRESCRIZIONE	CODICE	TARIFFA*
IgE specifiche allergologiche: quantitativo per ogni allergene (pannello fino a 12 allergeni)	90.68.1	17.000 (per singolo allergene)

Esempio 1: richiesta di 9 allergeni = 1 prestazione

CODICE	QUANTITA'	TARIFFA*
90.68.1	9	17.000 X 9

Esempio 2: richiesta di 27 allergeni = 3 prestazioni

CODICE	QUANTITA'	TARIFFA*
90.68.1	12	
90.68.1	12	
90.68.1	3	17.000 x 27

max. 8 prestazioni: in questo caso il numero massimo di tests prescrivibili corrisponde a 96 allergeni

La richiesta generica **Markers epatite**, deve essere interpretata come richiesta contemporanea di: "Virus Epatite A anticorpi IgM" (91.17.2), "HBsAg" (91.18.5),

"Anticorpi anti HBsAg" (91.18.3) "Anticorpi anti Core IgG o totali" (91.17.5) e "Anticorpi anti Epatite C" (91.19.5). Eventuali altri antigeni e/o anticorpi necessari a dirimere il quesito diagnostico devono essere espressamente indicati nella ricetta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Markers epatite	91.17.2 Virus epatite A anticorpi IgM	22.000
	+	+
	91.18.5 HbsAg	11.000
	+	+
	91.18.3 Anticorpi anti HBsAg	18.000
	+	+
	91.17.5 Anticorpi anti Core IgG o totali	18.000
	+	+
	91.19.5 Anticorpi anti Epatite C	17.000

La richiesta generica **Markers epatite B** deve essere interpretata come richiesta contemporanea di: "HBsAg" (91.18.5), "Anticorpi anti HBsAg" (91.18.3) e "Anticorpi anti Core IgG o totali" (91.17.5). Eventuali altri antigeni e/o anticorpi necessari a dirimere il quesito diagnostico devono essere espressamente indicati nella ricetta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Markers epatite B	91.18.5 HBsAg	11.000
	+	+
	91.18.3 Anticorpi anti HBsAg	18.000
	+	+
	91.17.5 Anticorpi anti Core IgG o totali	18.000

La richiesta di **Anticorpi anti-epatite A** corrisponde a "Virus Epatite A anticorpi" (91.17.1) e comporta solamente la ricerca di anticorpi anti HAV totali o IgG. Fanno eccezione i casi in cui nella prescrizione sia riportato un sospetto diagnostico di infezione, per i quali è necessaria la ricerca di "Virus Epatite A anticorpi IgM" (91.17.2) che va quindi eseguita, e codificata, anche se non espressamente specificata nella ricetta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Anticorpi anti-epatite A	91.17.1 Virus epatite A anticorpi	19.000
Anticorpi anti-epatite A in sospetto di infezione	91.17.1 Virus epatite A anticorpi	19.000
	+	+
	91.17.2 Virus Epatite A anticorpi IgM	22.000

Nel caso in cui la ricerca di **Anticorpi anti Epatite C** (91.19.5) fosse positiva, in un paziente non noto come sieropositivo per HCV alla struttura cui si è rivolto, e fosse necessario, per dirimere il quesito diagnostico, eseguire eventualmente il saggio di conferma (91.20.1), quest'ultima prestazione può essere eseguita direttamente dallo specialista di laboratorio anche se non espressamente specificato nella ricetta ed è codificata in aggiunta al test di screening (91.19.5).

Le richieste generiche **Complesso TORCH** o Complesso TORC, devono essere intese come richiesta contemporanea di "Anticorpi anti Toxoplasma IgG" , "Anticorpi anti Toxoplasma IgM", "Anticorpi anti Rosolia IgG", "Anticorpi anti Rosolia IgM", "Anticorpi anti Cytomegalovirus IgG" e "Anticorpi anti Cytomegalovirus IgM". La ricerca di "Anticorpi anti Herpes" deve essere espressamente indicata nella ricetta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Complesso TORCH o Complesso TORC	Anticorpi anti Toxoplasma IgG o Tot.	
	91.09.4	15.000
	ovvero	ovvero
	91.09.5	7.000
	ovvero	ovvero
	91.10.1	23.000
	+	
	Anticorpi anti Toxoplasma IgM	
	91.09.4	15.000
	ovvero	ovvero
91.10.1	23.000	
+		
Anticorpi anti Rosolia IgG o Totali		
91.26.4	15.000	
ovvero	ovvero	
91.26.5	8.000	
+		
Anticorpi anti Rosolia IgM 91.26.4	15.000	
+		
Anticorpi anti Cytomegalovirus IgG o Totali 91.14.1	15.000	
ovvero	ovvero	
91.14.2	11.000	
+	+	
Anticorpi anti Cytomegalovirus IgM 91.14.3	17.000	

La richiesta generica per anticorpi **anti Toxoplasma** e/o **anti Rosolia** deve essere intesa come richiesta congiunta sia degli anticorpi di classe IgG che di classe IgM.

La richiesta **Anticorpi anti Herpes simplex** deve essere intesa come richiesta congiunta sia di Anticorpi anti tipo 1 che anticorpi anti tipo 2. Nel caso in cui venga eseguito, e refertato, un test comune per i due tipi, rendicontare la voce "Virus herpes simplex (tipo 1 o 2) anticorpi" (91.22.1) una sola volta; nel caso in cui vengano eseguiti, e refertati, due tests specifici per i due tipi, rendicontare la voce suddetta due volte. In nessun caso è possibile rendicontare il codice 91.22.1 per tre volte.

PRESTAZIONE	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Anticorpi anti Herpes simplex tipo 1 e/o 2 in un'unica determinazione	Anticorpi anti tipo 1 e 2 91.22.1	15.000
Anticorpi anti Herpes simplex tipo 1 e 2 in due determinazioni distinte	Anticorpi anti tipo 1 e 2 91.22.1 X 2	15.000 X 2

La richiesta di **Anticorpi anti Batteri o Parassiti o Virus** (ad es.: "90.94.4 Helicobacter pylori anticorpi E.I.A.", "91.09.03 Toxocara anticorpi E.I.A.", "91.12.3 Virus Adenovirus anticorpi E.I.A.", ecc.) deve essere considerata come richiesta di ricerca di anticorpi anti IgG o totali. La ricerca di altre classi anticorpali deve essere espressamente indicata nella ricetta. Fanno eccezioni i casi in cui nella prescrizione sia riportato un sospetto diagnostico di infezione, per i quali è possibile eseguire, e codificare, anche la ricerca dei relativi anticorpi di classe IgM (ove tecnicamente fattibile), anche se non espressamente specificata nella ricetta.

Le richieste generiche di **Sierologia della lue, Reazione di Wasserman, R. W.** o simili devono essere interpretate come richiesta di un "test reaginico [VDRL o RPR] qualitativo" (91.11.1) e/o di un "test treponemico [TPHA o TPPA] qualitativo" (91.10.4). Nel caso in cui i test qualitativi risultassero positivi e fosse quindi necessario eseguire i relativi test quantitativi (91.11.6 e/o 91.10.5) ed eventualmente il test "FTA-ABS" (91.10.3), queste ultime prestazioni possono essere eseguite direttamente dallo specialista di laboratorio anche se non espressamente specificato nella ricetta e sono codificate in aggiunta al/ai test qualitativi. Per i centri che eseguono la sierologia della lue con un test EIA, le sovrariportate richieste generiche devono essere interpretate come richiesta di "Treponema pallidum anticorpi, E.I.A." (90.10.2).

Sierologia HIV: nel caso in cui la ricerca di anticorpi anti HIV (91.22.4) risultasse positiva, e il paziente non fosse noto come siero positivo per HIV alla struttura cui si è rivolto, e fosse quindi necessario ripetere il test di screening e eseguire il saggio di conferma (91.22.5 o 91.23.1 o 91.23.5), queste ultime prestazioni possono essere eseguite direttamente dallo specialista di laboratorio anche se non espressamente specificato nella ricetta e sono codificate in aggiunta al test di screening.

Esempio 1: Anticorpi anti HIV negativo o positivo in paziente noto = una prestazione: Virus immunodeficienza acquisita anticorpi (91.22.4)

Esempio 2: Anticorpi anti HIV positivo in paziente non noto = tre prestazioni: due per Virus immunodeficienza acquisita anticorpi (91.22.4), una per saggio di conferma (91.22.5 o 91.23.1 o 91.23.5).

Tra gli esami di **biologia molecolare** le voci "Digestione del DNA con enzimi di restrizione" (91.36.4), "Estrazione di DNA o di RNA (nucleare o mitocondriale)" (91.36.5) e "Ibridazione con sonda nucleare" (91.37.1) non identificano una precisa prestazione riconducibile ad un quesito diagnostico posto dal medico prescrittore,

bensì identificano parti di procedure di diverse prestazioni di biologia molecolare. Ne consegue che tali voci possono essere codificate solo in determinate occasioni come sotto specificato.

Per gli esami per i quali è necessario procedere alla estrazione di un acido nucleico (90.73.4, 90.83.4, 91.02.7, 91.11.5, 91.12.1, 91.17.3, 91.19.3, 91.19.4, 91.22.2, 91.22.3, 91.29.1, 91.29.2, 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5, 91.30.1, 91.30.2, 91.30.3, 91.38.1, 91.38.2), codificare oltre alle voci specifiche anche la voce "**Estrazione di DNA o di RNA** (nucleare o mitocondriale)" (91.36.5). Se vengono eseguiti più esami sullo stesso materiale biologico (es. Siero, Sangue intero, Coltura cellulare, Villi coriali, ecc.), la voce "Estrazione di DNA o RNA" (91.36.5) deve essere codificata una sola volta.

Le prestazioni "Micobatteri ricerca diretta da materiale biologico (previa amplificazione acidi nucleici)" (91.02.7), "Virus epatite C [HCV] analisi qualitativa di HCV RNA" (91.19.3), "Virus epatite C [HCV] analisi quantitativa di HCV RNA" (91.19.4), "Virus immunodef. acquisita [HIV] analisi qualitativa (Previo reazione polimerasica a catena)" (91.22.2) e "Virus immunodef. acquisita [HIV] analisi quantitativa (Previo reazione polimerasica a catena)" (91.22.3) sono comprensive della prestazione di ibridazione con sonda molecolare.

Per la prestazione "Analisi di polimorfismi (str. VNTR)" (91.30.2) nel caso in cui venisse effettuata una **ibridazione con sonda molecolare** codificare anche la voce "Ibridazione con sonda molecolare" (91.37.1).

Le prestazioni 91.29.2 e 91.29.3 vanno intese come "Analisi del DNA per polimorfismo/mutazione. Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi" la prima e "Analisi di mutazione/polimorfismo del DNA Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi" la seconda. Di conseguenza, sia che si analizzi una mutazione che un polimorfismo, se vengono utilizzati enzimi di restrizione codificare 91.29.2, in caso contrario codificare 91.29.3.

Per la prestazione "Analisi del DNA ed ibridazione con sonda molecolare. (Southern blot)" (91.29.1) nel caso in cui venissero utilizzati **enzimi di restrizione** codificare anche la voce "Digestione di DNA con enzimi di restrizione" (91.36.4).

Per le prestazioni identificate con i codici 90.73.4, 90.83.4, 91.02.1, 91.11.5, 91.12.1, 91.17.3, 91.22.2, 91.22.3, 91.29.2, 91.29.3, 91.29.4, 91.29.5 e 91.30.2 la dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo, ove esistenti, di equivalenti tecniche di amplificazione genica.

La richiesta generica di **Tampone vaginale** deve essere intesa come richiesta congiunta di "Batteri in campioni biologici diversi ricerca microscopica. Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene) o a fresco" (90.86.4), "Esame colturale campioni apparato genitourinario. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Escluso: Neisseria gonorrhoeae e Chlamydia trachomatis" (90.93.4) e "Trichomonas vaginalis nel secreto vaginale esame colturale" (91.11.2). Nel caso in cui la ricerca di *T.*

vaginalis fosse effettuata per mezzo dell'esame microscopico al posto della prestazione 91.11.2 codificare "Batteri in campioni biologici diversi ricerca microscopica. Colorazioni di routine o a fresco" (90.86.4). La prestazione "Esame colturale campioni apparato genitourinario" (90.93.4) è, se necessario, comprensiva della ricerca di *Gardnerella vaginalis* e di *Streptococcus agalactiae*.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Tampone vaginale	90.86.4 Batteri in campioni biologici diversi ricerca microscopica.	4.000
	+	+
	90.93.4 Esame colturale campioni apparato genitourinario	12.000
	+	+
	91.11.2 Trichomonas vaginalis nel secreto vaginale esame colturale ovvero	8.000 ovvero
	90.86.4 Batteri in campioni biologici diversi ricerca microscopica	4.000

La richiesta generica di **Tampone cervicale** o endocervicale, così come la richiesta di **Tampone uretrale**, deve essere intesa come richiesta congiunta di "Batteri in campioni biologici diversi ricerca microscopica. Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene) o a fresco" (90.86.4), "Neisseria gonorrhoeae esame colturale." (91.03.5), "Micoplasmi urogenitali esame colturale (compresa identificazione ed eventuale antibiogramma)" (91.03.6) e, a seconda del metodo utilizzato, "Chlamydie esame colturale" (90.89.5) ovvero "Chlamydie ricerca diretta (E.I.A.)" (90.90.1) ovvero "Chlamydie ricerca diretta (I.F.)" (90.90.2).

La richiesta di eventuali altri "germi" patogeni deve essere specificata sulla ricetta.

PRESCRIZIONE GENERICA	CODICE E PRESTAZIONE	TARIFFA*
Tampone cervicale	90.86.4 Batteri in campioni biologici diversi ricerca microscopica.	4.000
	+	+
	91.03.5 Neisseria gonorrhoeae esame colturale	7.000
Tampone uretrale	+	+
	91.03.6 Micoplasmi urogenitali esame colturale	25.000
	+	+
	90.89.5 Chlamydie esame colturale ovvero	49.000 ovvero
	90.90.1 Chlamydie ricerca diretta (EIA) ovvero	15.000 ovvero
	90.90.2 Chlamydie ricerca diretta (I.F.)	28.000

Nel caso in cui gli **esami colturali** per batteri, miceti, parassiti, virus, (90.83.3, 90.84.3, 90.87.6, 90.88.5, 90.89.5, 90.90.5, 90.91.4, 90.91.6, 90.93.1, 90.93.3, 90.93.4, 90.93.5, 90.94.1, 90.94.2, 90.94.3, 90.94.5, 90.94.9, 90.95.4, 90.98.4, 91.02.2, 91.02.3, 91.02.6, 91.03.4, 91.03.5, 91.04.1, 91.05.3, 91.06.4, 91.07.6, 91.08.4, 91.09.2, 91.11.2, 91.11.3, 91.12.5, 91.14.5, 91.15.1, 91.15.3, 91.15.4, 91.24.1, 91.24.2, 91.27.5) risultassero positivi e fosse quindi necessaria l'identificazione biochimica e/o sierologica e/o microscopica dell'agente patogeno e, limitatamente per i batteri patogeni, l'eventuale test di sensibilità ai chemioantibiotici, queste ultime prestazioni possono essere eseguite direttamente dallo specialista di laboratorio, anche se non espressamente specificato nella ricetta, e sono codificate in aggiunta all'esame colturale.

Nel caso in cui le prestazioni aggiuntive (identificazione e antibiogramma) determinino un numero totale di prestazioni superiore a otto viene automaticamente generato un nuovo record per la contabilizzazione della richiesta.

Esempio 1: urinocoltura negativa = una prestazione: Esame colturale urine (90.94.2);

urinocoltura positiva per *E. coli*, con antibiogramma = tre prestazioni: esame colturale urine (90.94.2), identificazione biochimica (90.86.1), antibiogramma (90.85.1).

Esempio 2: tampone vaginale negativo = una prestazione: esame colturale apparato genitourinario (90.93.4);

tampone vaginale positivo per lieviti = due prestazioni: esame colturale apparato genitourinario (90.93.4) , identificazione biochimica per lieviti (90.97.4).

Il ritrovamento nello stesso campione di più microrganismi patogeni dà luogo alla fatturazione di un'unica prestazione di esame colturale.

Qualora si proceda alla identificazione biochimica e/o sierologica di più microrganismi patogeni e, eventualmente, al corrispondente antibiogramma, tali prestazioni vanno remunerate con le relative tariffe.

Esempio: Essudato purulento positivo per *S. aureus* e *P. aeruginosa* = cinque prestazioni (un Esame colturale campioni biologici diversi + due identificazioni + due antibiogrammi)

Non può essere riconosciuta alcuna remunerazione per prestazioni di identificazione ed antibiogramma riferite a microrganismi che non sono considerati patogeni, secondo le correnti acquisizioni scientifiche, con riferimento sia al sospetto clinico e/o all'anamnesi definiti nella prescrizione, sia al materiale esaminato.

Le prestazioni di identificazione biochimica per **Batteri anaerobi da coltura** (90.84.2), **Batteri da coltura NAS** (90.86.1), **Campylobacter** (90.88.4), **Clostridium difficile** (90.90.4), **E. coli patogeni** (90.91.5), **Micobatteri** (91.01.5), **Mycoplasma**

pneumoniae (91.03.2), **Neisserie** (91.04.2), **Salmonella** (91.07.4), **Shigella** (91.08.3), **Vibrio Cholerae** (91.11.4), **Yersinia** (91.27.4) e **“Miceti [Lieviti]”** (90.97.4) possono essere codificate e remunerate solo qualora per l'identificazione venga utilizzata una serie di reazioni di fermentazione e/o assimilazione e/o ossidazione e/o degradazione e/o idrolisi e/o idrolisi enzimatica e/o inibizione della crescita. Non possono essere considerate identificazioni biochimiche quelle ottenute con metodi quali ad esempio: terreni cromogeni di prima semina, test di gemmazione per *C. albicans*, ecc.

L'esecuzione dell'**antibiogramma** con metodica “break point” (non codificata come voce specifica) va codificata con il codice 90.85.1.

L'esecuzione della **Minima Concentrazione Inibente M.I.C.** (90.85.2), dell'**Attività associazioni antibiotiche** (90.84.4) e dell'**Attività battericida C.M.B.** (90.84.5) possono essere codificate e remunerate solo se specificatamente indicate sulla richiesta.

L'**antimicogramma** (90.97.3) può essere codificato e remunerato solo se eseguito per inquadramento diagnostico–terapeutico di micosi sistemiche (vedi allegato 2: Prestazioni erogabili secondo linee guida).

L'**esame colturale delle feci** (90.94.3) prevede obbligatoriamente la ricerca di *Salmonella*, *Shigella*, e *Campylobacter*, i cui esiti devono essere riportati sul referto. La ricerca di altri batteri patogeni intestinali deve essere espressamente indicata nella ricetta.

L'esame **“Batteri potere antibatterico residuo in materiali biologici diversi”** (90.87.1) qualora non espressamente indicato nella ricetta non può essere codificato e remunerato.

L'esame **“Esame citologico cervico vaginale (PAP test)”** (91.38.5) è comprensivo di: allestimento (colorazione, montaggio, valutazione tecnica); esame microscopico; diagnosi e refertazione secondo classificazioni e terminologia generalmente accettate. Pertanto l'esecuzione di tutte le prestazioni sopra descritte comporta la sola codifica del codice 91.38.5.

Gli esami **Istocitopatologici** compresi tra i codici 91.40.1 e 91.48.2 sono comprensivi di: allestimento (fissazione, inclusione in paraffina, taglio e colorazioni standard, eventuali colorazioni speciali aggiuntive, eventuali reazioni istochimiche, immunocitochimiche o in fluorescenza, montaggio, valutazione tecnica); esame microscopico; diagnosi istologica e refertazione secondo classificazioni e terminologia generalmente accettate. Pertanto l'esecuzione di tutte le prestazioni sopra descritte comporta la codifica di un solo codice, compreso tra 91.40.1 e 91.48.2.

Avvertenza:

Al fine di una corretta verifica delle prestazioni di laboratorio erogate, codificate e di cui è richiesta la remunerazione, nel referto deve essere indicato il tipo di campione biologico analizzato (ad es. Siero, Plasma, Sangue intero, Urine, Feci, Tessuti, ecc.), tutte le analisi e/o ricerche effettuate con i relativi esiti ed i metodi/tecniche utilizzati.

MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

Per le prestazioni contraddistinte dai codici compresi tra 93.39.1 e 93.39.5, tra 93.39.7 e 93.39.9 e dai codici 93.35.3 e 99.27, le tariffe si riferiscono al corrispondente trattamento del singolo segmento corporeo.

A tale fine il segmento corporeo è definito come: colonna cervicale, colonna dorsale, colonna lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro.

Nella prescrizione devono essere quindi indicati i segmenti corporei interessati dal trattamento.

CODIFICA	TARIFFA *
Codici compresi tra: 93.39.1 e 93.39.5 93.39.7 e 93.39.9 ed i singoli codici 93.35.3, 99.27	Le tariffe si riferiscono al corrispondente trattamento del singolo segmento corporeo: <ul style="list-style-type: none"> • colonna cervicale o dorsale o lombare • arto superiore destro o sinistro • arto inferiore destro o sinistro

Le prestazioni da 93.11.1 a 93.11.5, da 93.18.1 a 93.22, da 93.31.1 a 93.34.1, 93.35.3, 93.39.1, da 93.39.3 a 93.43.1, da 93.71.1 a 93.78.2, da 93.83 a 93.83.1, da 93.89.2 a 93.89.3, sono eseguibili in cicli di 10 sedute, le prestazioni 93.89.1 e 99.27 in cicli di 6 sedute.

CODIFICA	NUMERO SEDUTE PER CICLO
Codici compresi tra: 93.11.1 e 93.11.5; 93.18.1 e 93.22 93.31.1 e 93.34.1; 93.39.3 e 93.43.1 93.71.1 e 93.78.2; 93.83 e 93.83.1 93.89.2 e 93.89.3 ed i codici singoli: 93.35.3,93.39.1	Sono eseguibili in cicli di 10 sedute
Le prestazioni: 93.89.1 (Training condizionamento audiometrico infantile) 99.27 (Ionofresi)	Sono eseguibili in cicli di 6 sedute

Il numero di sedute per ciclo è quello ritenuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.

In ottemperanza a quanto previsto dal D.M. 20/10/98, relativamente al numero massimo di cicli prescrivibili e dei relativi tempi di erogazione, si ricorda che ogni ricetta può contenere un massimo di tre cicli che diventano sei limitatamente ai seguenti casi:

- a) Fase acuta o immediatamente post-acuta delle disabilità conseguenti a patologie neurologiche di origine traumatica, vascolare, neoplastica o iatrogena.
- b) Fase acuta delle disabilità temporanee, secondarie a patologie traumatiche od ortopediche a carico della spalla, dell'anca, del ginocchio e del femore, del rachide e del bacino.
- c) Disabilità correlate agli esiti di ustioni gravi.
- d) Fase post-acuta delle disabilità secondarie ad interventi chirurgici di mastectomia con linfadenectomia mascellare e ad interventi a carico dei visceri endotoracici.
- e) Fase post-acuta o di riacutizzazione delle disabilità secondarie a gravi patologie osteoarticolari.

Per le patologie di cui ai punti a), c), d) la prescrivibilità dei cicli in numero uguale a sei è limitata ai primi sessanta giorni dalla data della prima prescrizione dello specifico trattamento di medicina fisica e riabilitazione mentre per le patologie di cui ai punti b), e). è limitata ai primi trenta giorni.

Le prestazioni recanti l'indicazione del ciclo possono essere prescritte anche come singole sedute.

Riepilogando, ogni prescrizione (ricetta) per prestazioni di Terapia Fisica e Riabilitazione può contenere di norma:

• n 8 prestazioni singole
• 1 Ciclo + 7 prestaz. singole
• 2 Cicli + 6 prestaz. singole
• 3 Cicli + 5 prestaz. Singole

e nei casi previsti dal D.M. 20 ottobre 1998:

• 4 Cicli + 4 prestaz. singole
• 5 Cicli + 3 prestaz. singole
• 6 Cicli + 2 prestaz. Singole

Ad esempio: la richiesta di 10 sedute di Ionoforesi (99.27) va intesa e rendicontata come richiesta di un ciclo (sei sedute) di ionoforesi più quattro prestazioni singole di ionoforesi.

Sia i cicli che le prestazioni singole possono far riferimento a prestazioni identiche cioè a trattamenti identici per il medesimo segmento corporeo.

Le strutture erogatrici sono tenute al rispetto dei tempi di erogazione e, per le prestazioni di gruppo, del numero massimo di utenti per gruppo indicati nella descrizione delle specifiche voci.

NEFROLOGIA – EMODIALISI

Per le prestazioni identificate dai codici 39.95.1, 39.95.2, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.8, 39.95.9, le tariffe includono il costo dei farmaci e delle indagini di laboratorio comunemente connesse al trattamento dialitico. Pertanto l'eventuale erogazione dei farmaci o degli esami diagnostici sotto elencati, in corso di trattamento dialitico, non dà diritto ad alcuna remunerazione aggiuntiva oltre alla tariffa della prestazione dialitica erogata.

Sono compresi nella tariffa del trattamento emodialitico:

- Esami diagnostici di laboratorio: Sodio, Potassio, Emocromo, 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 (per il solo costo del farmaco).

OCULISTICA

Codice 95.02 "**Esame complessivo dell'occhio. Visita oculistica**, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo". Indica la visita oculistica complessiva comprendente anche la eventuale prescrizione di lenti.

Codice 95.01 "**Esame parziale dell'occhio**. Esame dell'occhio con prescrizione di lenti". Non comprende la visita oculistica, ma solo gli accertamenti necessari alla prescrizione di lenti.

Sia l'esame completo che l'esame parziale dell'occhio sono intesi per entrambi gli occhi.

ODONTOSTOMATOLOGIA

Per le prestazioni contraddistinte dai codici compresi tra 23.41 e 23.43.3, tra 24.70.1 e 24.80.1 e dai codici 23.6 e 99.97.2, le tariffe si riferiscono al solo trattamento.

Le tariffe delle prestazioni odontoiatriche, anche laddove non espressamente indicato nella relativa descrizione, includono il costo dell'anestesia eventualmente praticata.

Le tariffe escludono il costo delle protesi, che rimane a carico dell'assistito. Nella D.G.R. n. VI/39897 del 27 novembre 1998 "Indirizzi funzionali e organizzativi in Odontostomatologia" vengono indicati i valori economici di riferimento per i manufatti protesici e ortodontici (allegato n. 4), nonché le modalità di pagamento delle medesime da parte dell'assistito (allegato n. 3).

CODIFICA	TARIFFA*
Per i codici compresi tra: 23.41 e 23.43.3 24.70.1 e 24.80.1 e per i singoli codici 23.6 e 99.97.2	Le tariffe si riferiscono al solo trattamento, è escluso il costo delle protesi (vedi D.G.R. n. VI/39897 del 27.11.1998 per i valori economici per manufatti protesici e ortodontici)

PSICHIATRIA

Il medico prescrittore deve indicare sempre la tipologia delle prestazioni richieste, non possono essere accettate prescrizioni generiche quali: "Prestazioni Psichiatriche"

Anche per questa specialità valgono le indicazioni fornite nel paragrafo "Limite di prescrivibilità". Si ritiene comunque utile evidenziare alcuni esempi.

PRESCRIZIONI PER RICETTA	CODIFICA	TARIFFA*
n visite psichiatriche di controllo (max. 8)	94.12.1 x n volte	25.000 x n volte
n colloqui psichiatrici (max.8)	94.19.1 x n volte	37.000 x n volte
n sedute di psicoterapia individuale (max. 8)	94.3 x n volte	37.000 x n volte
n sedute di psicoterapia familiare (max. 8)	94.42 x n volte	45.000 x n volte
n sedute di psicoterapia di gruppo (max. 8)	94.44 x n volte	18.000 x n volte
n. 2 sedute psicoterapia individuale +	94.3 x 2 volte +	37.000 x 2 volte +
n. 6 sedute psicoterapia di gruppo	94.44 x 6 volte	18.000 x 6 volte
n. 4 sedute psicoterapia Individuale +	94.3 x 4 volte +	37.000 x 4 volte +
n. 4 sedute psicoterapia familiare	94.42 x 4 volte	45.000 x 4 volte

A completamento, si riportano altri esempi comprendenti prestazioni di altre branche specialistiche, da erogarsi in esenzione per i soggetti affetti da "Psicosi", ai sensi del D.M. 329/99

PRESCRIZIONI PER RICETTA	CODIFICA	TARIFFA*
Litiemia: n determinazioni Dosaggio ematico Imipramina: n determinazioni	90.32.2 x n volte 90.28.3 x n volte	Esenzione ai sensi D.M. 329/99
Tre cicli di 10 sedute di Terapia occupazionale individuale	93.83 x 3 volte	Esenzione ai sensi D.M. 329/99

max 8 prestazioni complessive della medesima branca per ricetta.

Come ricordato nel paragrafo "Medicina fisica e riabilitazione" per le prestazioni afferenti a tale branca ogni ricetta potrà contenere fino a tre cicli (v. nota Min. San., prot. n. 100/SCPS/3.6 MIN A e D.M.20 ottobre 1998 che prevede il limite di sei cicli a ricetta per alcune disabilità non psichiatriche in fase acuta

RADIOTERAPIA

Per le prestazioni identificate dai codici compresi tra 92.23.1 e 92.27.5, per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi).

Localizzazioni metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.

* La partecipazione massima alla spesa sanitaria da parte del cittadino è regolata da quanto previsto dalla normativa nazionale vigente.

Sono fatti salvi i diritti dei soggetti esenti per malattie croniche e invalidanti, ai sensi del D.M. 28 maggio 1999, n.329 e/o per invalidità, ai sensi dell'art.6, comma 1 e 2 del D.M. 1 febbraio 1991, o status (età e reddito, gravidanza, danni derivanti da trasfusioni, vittime del terrorismo ecc.) ai sensi della Legge 23 dicembre 1994, n.724 e successive modifiche e integrazioni.