Codice XST036
D.D. 30 ottobre 2026, n. 710
Decreto del Ministro della salute 7 agosto 2026 sulle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale. Decreto del Ministro della salute 3 agosto 2026. DPCM 7 agosto 2026 di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale, delle esenzioni e delle condizioni di erogabilità.

REGIONE PIEMONTE

ATTO DD 710/A1400B/2026 DEL 30/10/2026

DETERMINAZIONE DIRIGENZIALE
A1400B - SANITA'

OGGETTO: Decreto del Ministro della salute 7 agosto 2026 sulle tariffe di assistenza specialistica ambulatoriale. Decreto del Ministro della salute 3 agosto 2026. DPCM 7 agosto 2026 di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale, delle esenzioni e delle condizioni di erogabilità.

Premesso che:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, disciplina l'organizzazione del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, all'articolo 8-sexies, commi 5, 6 e 7, individua i criteri e le procedure per la determinazione e l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni sanitarie e per la remunerazione dell'assistenza protesica;
- il medesimo articolo, al comma 5, prevede, tra il resto, che con decreto del Ministero della Sanità sono stabiliti i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali;
- il DPCM 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», agli articoli 15, 16, 52, 53 e 59 e nei relativi allegati, individua, tra l'altro, il nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva, le malattie rare e croniche che danno diritto all'esenzione e le prestazioni escluse dalla partecipazione al costo per la tutela della maternità; l'articolo 1, commi 554 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, disciplina le procedure di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, rispettivamente con e senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica;
- la DGR 12 marzo 2024, n. 3-8294, ha adottato il nuovo nomenclatore regionale delle prestazioni

di specialistica ambulatoriale e le relative indicazioni tecnico-operative, demandando alla Direzione regionale “Sanità” l’approvazione del catalogo regionale;
- il catalogo regionale è stato approvato con DD n. 180/A1400B/2024 del 13 marzo 2024 e successivamente aggiornato, tra l’altro, con DD n. 990/A1400B/2024 del 24 dicembre 2024, DD n. 444/A1400B/2025 del 29 luglio 2025 e DD n. 590/A1400B/2026 del 20 settembre 2026.

Richiamati:
- il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, 3 agosto 2026, recante «Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n. 227 del 30 settembre 2026;
- il decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, 7 agosto 2026, recante «Definizione delle tariffe relative all’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Serie generale, n. 218 del 19 settembre 2026, adottato a seguito dell’Intesa sancita il 23 luglio 2026, rep. atti n. 123/CSR;
- il DPCM 7 agosto 2026, recante «Modifiche e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza», pubblicato nella medesima Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026;
- la DGR 14 aprile 2022, n. 4-4878, in materia di validità delle prescrizioni diagnostico-specialistiche;

Dato atto, che Commissione Salute, a seguito di un confronto nell’ambito del Coordinamento tecnico dell’Area assistenza territoriale, con riferimento alla specialistica ambulatoriale, ha chiesto un incontro con il Ministero della salute per approfondire le criticità operative e informatiche connesse all’implementazione regionale dei provvedimenti di aggiornamento dei LEA (DM 3 agosto e dPCM 7 agosto 2026), pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 227 del 30 settembre 2026;

Preso atto che, come da verbale della riunione tecnica condotta in esito all’alinea precedente, il Ministero della salute, acquisito agli atti della Direzione regionale "Sanità" il 21/10/2026, ha precisato tra l’altro quanto segue:
1. Tariffe:

“*In merito ai chiarimenti richiesti, si precisa che le tariffe delle nuove prestazioni sono da intendersi come tariffe massime e sono riportate nelle relazioni tecniche allegate ai due decreti, disponibili sul portale del Ministero della salute. Tali allegati costituiscono documenti ufficiali e, in quanto parte integrante dei provvedimenti di aggiornamento pubblicati in Gazzetta Ufficiale, forniscono alle Regioni e alle Province autonome il riferimento formale per l’applicazione delle tariffe. La documentazione complessiva per l’aggiornamento dei LEA con il prescritto concerto del MEF ricevuto in due distinte fasi, prima e dopo l’emanazione del decreto tariffe, è stata trasmessa ai competenti organi di controllo, UCB e Corte dei Conti, che hanno provveduto a restituirla con visto di registrazione, accertato l’impatto complessivo nascente anche dalle tariffe previste nei due provvedimenti. Nella G.U. del 30 settembre 2026, n. 277, ove sono pubblicati ambedue i provvedimenti è riportata l’avvertenza specifica che il testo integrale del provvedimento, comprensivo di tutti i documenti allegati, è disponibile sul portale del Ministero della salute.*”

2. Nuovi Pacchetti di Radioterapia

“*Si concorda l’avvio di un periodo transitorio, dal 30 ottobre 2026 al 12 gennaio 2027, in cui le prestazioni di radioterapia, eliminate come prestazioni erogabili singolarmente, sono mantenute “aperte”, ossia prescrivibili anche al di fuori dei pacchetti. Entro tale periodo sarà assicurata l’erogazione delle prestazioni già prescritte. Agli assistiti con singole prestazioni radioterapiche prescritte prima del 30 ottobre sarà garantita la prosecuzione del trattamento fino al completamento del percorso terapeutico, e le prestazioni verranno rendicontate singolarmente, con*

successiva regolarizzazione a consuntivo. A decorrere dal 30 ottobre 2026, per gli assistiti che devono avviare un trattamento radioterapico, le nuove prescrizioni saranno effettuate mediante i pacchetti previsti dal provvedimento di aggiornamento dei LEA 2026."
"Si concorda di attendere, da parte del Coordinamento della Commissione Salute, un documento tecnico che presenti la miglior soluzione al fine del "monitoraggio delle singole prestazioni facenti parte del pacchetto di radioterapia" da recepire nelle specifiche tecniche del sistema TS del MEF."

Preso atto delle tariffe delle nuove prestazioni, da intendersi come tariffe massime, indicate nelle relazioni tecniche facenti parte della documentazione complessiva allegata al DM 3 agosto 2026 e al DPCM 7 agosto 2026, disponibile sul portale del Ministero della Salute, come da avvertenza pubblicata in calce ai provvedimenti nella GU del 30 settembre 2026, n. 277.

Preso atto, come da verifiche della Direzione regionale "Sanità", che:

- il citato DM del 7 agosto 2026 e DM 3 agosto 2026 modifica per le prestazioni ambulatoriali codici, descrizioni, branche, note H e R, pacchetti di radioterapia, condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza; aggiorna inoltre gli elenchi delle malattie rare esenti, delle prestazioni esenti per malattie croniche e delle prestazioni per il controllo della gravidanza fisiologica;
- il DPCM 7 agosto 2026, all'articolo 3 e nel relativo allegato B, introduce nuove prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e aggiorna le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva; all'articolo 5 e nel relativo allegato D, con particolare riferimento ai fogli D e D2, introduce le esenzioni per sindrome fibromialgica nelle forme molto severe, idrosadenite cronica suppurativa allo stadio III di Hurley e malattia polmonare da micobatteri non tubercolari, individuando le condizioni di accesso, le prestazioni esenti e le relative frequenze.
- i due provvedimenti di aggiornamento dei LEA entrano in vigore il trentesimo giorno successivo alla pubblicazione, corrispondente al 30 ottobre 2026; il passaggio operativo regionale al catalogo aggiornato dal 31 ottobre 2026 deve pertanto salvaguardare i diritti e le condizioni nazionali già efficaci dal 30 ottobre 2026;
- le relazioni illustrativa e tecnica del citato DPCM descrivono l'integrazione dei due interventi di aggiornamento e gli oneri nazionali derivanti dalle nuove prestazioni; occorre coordinare nomenclatore, esenzioni, sistemi di prescrizione, CUP e flussi di rendicontazione;
- la relazione tecnica a corredo del suddetto DPCM espone i criteri utilizzati per la quantificazione degli oneri e riporta, nel prospetto riepilogativo di pagina 25, valori tariffari associati alle nuove prestazioni; tali valori costituiscono un riferimento tecnico-economico da distinguere dalle tariffe contenute nel decreto tariffario nazionale;
- ai fini dell'attuazione regionale occorre distinguere le prestazioni già dotate di tariffa nel DM 7 agosto 2026 dalle prestazioni di nuova introduzione e dai nuovi pacchetti per i quali si procede all'approvazione di una tariffa massima, utilizzando i valori e i criteri indicati nelle relazioni tecniche facenti parte della documentazione complessiva allegata al DM 3 agosto 2026 e al DPCM 7 agosto 2026, disponibile sul portale del Ministero della Salute, come da avvertenza pubblicata in calce ai provvedimenti nella GU del 30 settembre 2026, n. 277;

Dato atto che la citata Direzione regionale ha condotto approfondite analisi tecniche e specifiche valutazioni al fine di definire gli allegati del presente atto ed ha rilevato che è necessario:

- individuare, come da allegato A alla presente deliberazione, il catalogo regionale e relativo nomenclatore ad oggi vigente che è utilizzabile per le prescrizioni sino al 29 ottobre 2026. Le prestazioni prescritte anteriormente a tale data potranno essere prese in carico ed erogate anche nei mesi successivi.
- definire, nell'allegato B, il catalogo regionale e relativo nomenclatore ad oggi vigente, che è utilizzabile per le prescrizioni sino al 12 gennaio 2027. Le prestazioni possono essere utilizzate per prescrivere ricette agli assistiti presi in carico prima del 30 ottobre al fine di garantire la

prosecuzione del trattamento fino al completamento del percorso terapeutico, e le prestazioni verranno rendicontate singolarmente, con successiva regolarizzazione a consuntivo. A decorrere dal 30 ottobre 2026, per gli assistiti che devono avviare un trattamento radioterapico, le nuove prescrizioni saranno effettuate mediante i pacchetti previsti dal provvedimento di aggiornamento dei LEA 2026 riportati in allegato C o altra specifica tecnica del sistema TS del MEF.

- individuare, nell'allegato C il catalogo regionale, relativo nomenclatore e le tariffe massime di riferimento, che è utilizzabile per le prescrizioni, prese in carico ed erogazioni dal 30 ottobre 2026; L'allegato riporta, tra l'altro, la correzione del refuso rilevato nella descrizione dei pacchetti di brachiterapia relativi al trattamento breve, sostituendo l'indicazione «< 2 sedute» con «≤ 2 sedute», al fine di ricomprendere i trattamenti articolati in due sedute e assicurare la continuità con la fascia del trattamento intermedio, prevista da 3 a 6 sedute, ferme restando le relative tariffe e le altre condizioni di erogabilità;
- individuare nell'allegato D, le «Disposizioni regionali per la prescrizione, l'erogazione e la remunerazione dei pacchetti di radioterapia», quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, in attuazione dell'articolo 4 e dell'allegato B, foglio B8, del DM 3 agosto 2026, che disciplina la tracciabilità e i controlli senza modificare codici, composizione, unità di remunerazione o tariffe nazionali.
- recepire gli aggiornamenti delle esenzioni e delle condizioni di erogabilità con rinvio puntuale agli allegati dei decreti nazionali, distinguendoli dagli allegati A e B della presente deliberazione;
- prevedere il monitoraggio dell'attuazione e dei relativi effetti sulla produzione e sulla spesa sanitaria, nell'ambito delle risorse assegnate e degli specifici provvedimenti di programmazione e riparto.

Ritenuto, sulla base delle risultanze istruttorie sopra esposte, di approvare, in attuazione ai decreti nazionali, quali parti integranti e sostanziali del presente atto, e smi:

- l'allegato A, contenente il catalogo regionale e relativo nomenclatore ad oggi vigente che è utilizzabile per le prescrizioni sino al 29 ottobre 2026. Le prestazioni prescritte anteriormente a tale data potranno essere prese in carico ed erogate anche nei mesi successivi;
- l'allegato B, avente ad oggetto il catalogo regionale e relativo nomenclatore ad oggi vigente che è utilizzabile per le prescrizioni sino al 12 gennaio 2026. Le prestazioni possono essere utilizzate per prescrivere ricette agli assistiti presi in carico prima del 30 ottobre al fine di garantire la prosecuzione del trattamento fino al completamento del percorso terapeutico, e le prestazioni verranno rendicontate singolarmente, con successiva regolarizzazione a consuntivo. A decorrere dal 30 ottobre 2026, per gli assistiti che devono avviare un trattamento radioterapico, le nuove prescrizioni saranno effettuate mediante i pacchetti previsti dal provvedimento di aggiornamento dei LEA 2026 riportati in allegato C o altra specifica tecnica del sistema TS del MEF.
- l' allegato C, ovvero il catalogo regionale, relativo nomenclatore e le tariffe massime di riferimento che è utilizzabile per le prescrizioni, prese in carico ed erogazioni dal 30 ottobre 2026, assumendo quale riferimento i valori tariffari massimi indicati nelle relazioni tecniche facenti parte della documentazione complessiva allegata al DM 3 agosto 2026 e al DPCM 7 agosto 2026, disponibile sul portale del Ministero della Salute, come da avvertenza pubblicata in calce ai provvedimenti nella GU del 30 settembre 2026, n. 277. L'allegato riporta, tra l'altro, la correzione del refuso rilevato nella descrizione dei pacchetti di brachiterapia relativi al trattamento breve, sostituendo l'indicazione «< 2 sedute» con «≤ 2 sedute», al fine di ricomprendere i trattamenti articolati in due sedute e assicurare la continuità con la fascia del trattamento intermedio, prevista da 3 a 6 sedute, ferme restando le relative tariffe e le altre condizioni di erogabilità;
- l'allegato D, recante «Disposizioni regionali per la prescrizione, l'erogazione e la remunerazione dei pacchetti di radioterapia», quale parte integrante e sostanziale del presente atto, in attuazione dell'articolo 4 e dell'allegato B, foglio B8, del DM 3 agosto 2026, che disciplina la tracciabilità e i controlli senza modificare codici, composizione, unità di remunerazione o tariffe nazionali.

Dato atto che gli effetti prospettici sulla gestione finanziaria, economica e patrimoniale, connessi all'aggiornamento delle tariffe e all'attuazione dei nuovi livelli essenziali di assistenza, sono ricondotti alla programmazione sanitaria regionale finanziata con le risorse del Fondo sanitario, nell'ambito degli specifici provvedimenti di riparto, di assegnazione delle risorse alle Aziende sanitarie e di determinazione dei tetti di spesa per le strutture private accreditate.

Attestato che, ai sensi della D.G.R. n. 8-8111 del 25/01/2024 ed in esito all'istruttoria sopra richiamata, il presente provvedimento non comporta effetti contabili diretti sul bilancio della Regione Piemonte, in quanto non dispone impegni di spesa né assegnazioni aggiuntive di risorse.

Attestata la regolarità amministrativa del presente provvedimento ai sensi della DGR n. 8-8111 del 25 gennaio 2024.

IL DIRETTORE

Richiamati i seguenti riferimenti normativi:

- DGR 12 marzo 2024, n. 3-8294;
- DD n. 180/A1400B/2024 del 13 marzo 2024;
- DD n. 990/A1400B/2024 del 24 dicembre 2024;
- DD n. 444/A1400B/2025 del 29 luglio 2025;
- DD n. 590/A1400B/2026 del 20 settembre 2026;

determina

1. di recepire per le motivazioni espresse in premessa il DM del 3 agosto 2026, il DM del 7 agosto 2026 ed il DPCM del 7 agosto 2026, e per conseguenza approvare, quali parti integranti e sostanziali del presente atto:

- l'allegato A, contenente il catalogo regionale e relativo nomenclatore ad oggi vigente che è utilizzabile per le prescrizioni sino al 29 ottobre 2026. Le prestazioni prescritte anteriormente a tale data potranno essere prese in carico ed erogate anche nei mesi successivi;
- l'allegato B, avente ad oggetto il catalogo regionale e relativo nomenclatore ad oggi vigente che è utilizzabile per le prescrizioni sino al 12 gennaio 2027. Le prestazioni possono essere utilizzate per prescrivere ricette agli assistiti presi in carico prima del 30 ottobre al fine di garantire la prosecuzione del trattamento fino al completamento del percorso terapeutico, e le prestazioni verranno rendicontate singolarmente, con successiva regolarizzazione a consuntivo. A decorrere dal 30 ottobre 2026, per gli assistiti che devono avviare un trattamento radioterapico, le nuove prescrizioni saranno effettuate mediante i pacchetti previsti dal provvedimento di aggiornamento dei LEA 2026 riportati in allegato C o altra specifica tecnica del sistema TS del MEF.
- l' allegato C, ovvero il catalogo regionale, relativo nomenclatore e le tariffe massime di riferimento che è utilizzabile per le prescrizioni, prese in carico ed erogazioni dal 30 ottobre 2026; L'allegato riporta, tra l'altro, la correzione del refuso rilevato nella descrizione dei pacchetti di brachiterapia relativi al trattamento breve, sostituendo l'indicazione «< 2 sedute» con «≤ 2 sedute», al fine di ricomprendere i trattamenti articolati in due sedute e assicurare la continuità con la fascia del trattamento intermedio, prevista da 3 a 6 sedute, ferme restando le relative tariffe e le altre condizioni di erogabilità;

2. di stabilire che le prestazioni ambulatoriali riportate nell'allegato C possono essere prescritte, prenotate ed erogate a decorrere dal 30 ottobre 2026, nel rispetto delle condizioni di erogabilità, delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva, delle note e dei requisiti organizzativi previsti dai

provvedimenti nazionali;

3. di disporre che le ricette emesse entro il 29 ottobre 2026, con riferimento all'allegato A, possano essere prenotate entro i rispettivi termini di validità e, se prenotate tempestivamente, conservino validità fino all'effettiva erogazione. Le prestazioni già prenotate mantengono la data, la classe di priorità e la posizione nell'agenda; l'eventuale riprogrammazione da parte dell'erogatore non può comportare la decadenza della prenotazione per il solo aggiornamento del nomenclatore. Le Aziende sanitarie individuano referenti e procedure tracciabili per risolvere le anomalie del passaggio al nuovo catalogo; non è richiesta una nuova ricetta quando la prescrizione originaria sia validamente utilizzabile e la prestazione clinicamente equivalente. L'erogazione successiva al passaggio al nuovo catalogo avviene nel rispetto delle condizioni nazionali vigenti;
4. di confermare, ai sensi della DGR n. 4-4878 del 14 aprile 2022, la validità di 60 giorni delle ricette di primo accesso e di 180 giorni delle ricette per accessi successivi e accesso diretto, precisando che, per le prestazioni soggette a prenotazione, tali termini riguardano la prenotazione e che la ricetta tempestivamente prenotata conserva validità fino all'effettiva erogazione, ai sensi dell'articolo 5, comma 4, del DM 7 agosto 2026;
5. di recepire le tariffe delle prestazioni di nuova introduzione e dei nuovi pacchetti specificamente individuati nell'allegato C, assumendo quale riferimento i valori tariffari massimi indicati nelle relazioni tecniche facenti parte della documentazione complessiva allegata al DM 3 agosto 2026 e al DPCM 7 agosto 2026, disponibile sul portale del Ministero della Salute, come da avvertenza pubblicata in calce ai provvedimenti nella GU del 30 settembre 2026, n. 277;
6. di introdurre, ai sensi dell'articolo 5 e dell'allegato D del DPCM 7 agosto 2026, le seguenti esenzioni dalla partecipazione al costo: codice 068, sindrome fibromialgica limitatamente alle forme molto severe, con FIQR > 82, durata minima dell'attestato di due anni; codice 069, idrosadenite cronica suppurativa limitatamente allo stadio III di Hurley, durata illimitata; codice 070, malattia polmonare da micobatteri non tubercolari, durata minima dell'attestato di due anni. Le esenzioni sono riconosciute sulla base della certificazione prevista dalla normativa vigente e limitatamente alle prestazioni, alle frequenze e alle condizioni indicate nei fogli D, D1 e D2 del medesimo allegato nazionale;
7. di recepire gli aggiornamenti delle esenzioni per malattie rare previsti dall'articolo 7 e dall'allegato R, fogli da R1 a R6, del DM 3 agosto 2026, compresi i nuovi inserimenti, le modifiche delle denominazioni, dei gruppi e degli esempi di malattia, gli spostamenti e i sinonimi. Le Aziende sanitarie aggiornano gli attestati e le anagrafi delle esenzioni secondo le corrispondenze nazionali, senza richiedere una nuova certificazione per le sole variazioni formali; resta necessaria la verifica dei requisiti clinici quando previsti per l'accesso alla nuova esenzione;
8. di recepire le modifiche e integrazioni degli elenchi delle prestazioni esenti per malattie croniche e invalidanti previste dall'articolo 8 e dall'allegato D, fogli da D1 a D4, del DM 3 agosto 2026 e dall'articolo 5 e dall'allegato D, fogli D3 e D4, del DPCM 7 agosto 2026 nel rispetto delle condizioni e delle frequenze previste dai medesimi atti;
9. di recepire gli aggiornamenti delle prestazioni escluse dalla partecipazione al costo per il controllo della gravidanza fisiologica, di cui all'articolo 10 e all'allegato T del DM 3 agosto 2026 e all'articolo 6 e all'allegato E del DPCM 7 agosto 2026, compresa la prestazione 91.15.F relativa agli anticorpi IgG e IgM per citomegalovirus, con gli approfondimenti inclusi, le condizioni di ripetizione e le incompatibilità previste dal relativo allegato nazionale;
10. di disporre che le nuove esenzioni e gli aggiornamenti richiamati nel presente provvedimento siano riconosciuti dalla data di entrata in vigore dei rispettivi decreti nazionali, ossia dal 30 ottobre 2026. Le Aziende sanitarie assicurano il riconoscimento dei diritti anche in caso di temporaneo disallineamento informatico, mediante procedure tracciabili di verifica della certificazione e regolarizzazione della posizione dell'assistito;
11. di recepire le modifiche e integrazioni delle condizioni di erogabilità e delle indicazioni di appropriatezza prescrittiva previste dall'articolo 4 e dall'allegato B, fogli B9 e B10, del DM 3

agosto 2026, nonché dall'articolo 3 e dall'allegato B, fogli B2, B3 e B4, del DPCM 7 agosto 2026. Tali disposizioni integrano e, ove incompatibili, sostituiscono quelle precedenti; devono essere rese disponibili ai prescrittori e agli erogatori nel catalogo regionale aggiornato;

12. di recepire, altresì, le modifiche dei codici, delle descrizioni, delle branche specialistiche, delle note H e R e della composizione dei pacchetti di radioterapia previste dall'allegato B del DM 3 agosto 2026 e le nuove prestazioni e modifiche previste dall'allegato B del DPCM 7 agosto 2026. I richiami agli allegati nazionali di cui ai punti 10-15 sono distinti dagli allegati A e B della presente deliberazione;
13. di stabilire che le prestazioni identificate dalle note H e R siano erogate da strutture in possesso dei requisiti previsti dalla disciplina nazionale vigente. La Direzione regionale "Sanità" definisce le modalità di ricognizione e verifica delle strutture abilitate e aggiorna le corrispondenti informazioni nei sistemi regionali; tale attività non sospende né differisce l'applicazione dei requisiti nazionali;
14. di confermare il sistema regionale di remunerazione delle strutture private accreditate articolato nelle fasce A, B e C, con tariffe di fascia A individuate nel nomenclatore e riduzioni rispettivamente dell'8 per cento e del 15 per cento per le fasce B e C, nei limiti dei contratti e degli atti regionali applicabili. La remunerazione della medesima prestazione presso il medesimo erogatore non può essere differenziata in funzione della residenza dell'assistito, ai sensi dell'articolo 1, comma 171, della legge n. 311/2004;
15. di approvare l'allegato D regionale, recante «Regole regionali per la prescrizione, l'erogazione e la remunerazione dei pacchetti di radioterapia», quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione, in attuazione dell'articolo 4 e dell'allegato B, foglio B8, del DM 3 agosto 2026. L'allegato D regionale disciplina la tracciabilità e i controlli senza modificare codici, composizione, unità di remunerazione o tariffe nazionali;
16. di stabilire che i pacchetti di piano di cura radioterapico 92.2A.1, 92.2B.1, 92.2C.1 e 92.2D.1 siano remunerati una sola volta per ciascun piano autonomo e per l'unità prevista dal nomenclatore nazionale, riferita all'isocentro trattato. Le revisioni dello stesso piano, le attività incluse e le ripianificazioni adattative già comprese nella categoria D non determinano un secondo riconoscimento del pacchetto. Un ulteriore piano può essere riconosciuto solo in presenza di una pianificazione clinico-dosimetrica autonoma, necessaria, effettivamente eseguita e documentata, non già ricompresa nel pacchetto remunerato, secondo le verifiche dell'allegato D regionale;

La presente determinazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'articolo 61 dello Statuto e dell'articolo 5 della legge regionale 12 ottobre 2010, n. 22.

IL DIRETTORE (A1400B - SANITA')
Firmato digitalmente da Antonino Sottile

Si dichiara che sono parte integrante del presente provvedimento gli allegati riportati a seguire [1], archiviati come file separati dal testo del provvedimento sopra riportato:

1. Allegato_D.pdf
2. All._A.pdf
3. All._B.pdf

1 L'impronta degli allegati rappresentata nel timbro digitale QRCode in elenco è quella dei file pre-esistenti alla firma digitale con cui è stato adottato il provvedimento

4. All._C.pdf

Allegato

Allegato D

Disposizioni regionali per i pacchetti di radioterapia

Le presenti regole attuano l'articolo 4 e l'allegato B, foglio B8, del DM 3 agosto 2026.

Le descrizioni e le composizioni nazionali dei pacchetti, e le eventuali variazioni successive che potranno rilevarsi da specifiche tecniche del sistema TS del MEF e/o MDS restano vincolanti.

1 Ambito e unità di remunerazione

Si distinguono il pacchetto di piano di cura, relativo alla pianificazione, e il pacchetto di trattamento, relativo all'erogazione delle sedute. Entrambi sono applicati secondo l'unità prevista dalla corrispondente voce nazionale; per i pacchetti 92.2 delle categorie A-D il foglio B8 indica l'isocentro trattato. Non si applica pertanto una regola indistinta di un solo piano per paziente, per patologia o per anno.

L'episodio radioterapico è il percorso documentato riferito a una indicazione clinica, a una sede o a sedi identificate, a un obiettivo terapeutico e a un programma di trattamento. Al suo interno sono identificati gli isocentri, i piani autonomi e le versioni dello stesso piano. La sola attribuzione di un nuovo identificativo o la moltiplicazione di campi, archi, immagini e versioni tecniche non dimostra una ulteriore unità remunerabile.

2 Categorie e scelta del pacchetto

Le categorie sono attribuite sulla base della tecnica effettivamente impiegata e dei requisiti e contenuti nazionali, documentati dal radioterapista e dalla fisica sanitaria. La disponibilità di una apparecchiatura più evoluta non giustifica, da sola, una categoria superiore.

Categoria	Piano di cura	Contenuto sintetico
A	92.2A.1	Livello essenzialmente bidimensionale o planare; riferimento ai contenuti nazionali della categoria A.
B	92.2B.1	Radioterapia conformazionale 3D e trattamenti fino a due campi fissi a modulazione di intensità, secondo il foglio B8.
C	92.2C.1	Tecniche di maggiore complessità, comprese modulazione di intensità e stereotassi secondo i contenuti del foglio B8.
D	92.2D.1	Tecniche adattative geometriche o dosimetriche; comprende le attività adattative indicate nel pacchetto nazionale.

La tabella sintetizza le categorie e non sostituisce la composizione analitica dei pacchetti nazionali. Brachiterapia e irradiazione corporea o midollare totale conservano i propri codici e contenuti; non si aggiunge automaticamente un pacchetto di piano 92.2 quando la pianificazione è già inclusa nel relativo pacchetto.

3 Identificativi e documentazione minima

Ogni struttura attribuisce un identificativo stabile all'episodio e un identificativo al piano autonomo, mantenendo il collegamento alle sue versioni e agli isocentri trattati. Sono registrati: assistito e struttura; diagnosi, sede e obiettivo; identificativo e motivazione di ciascun isocentro; categoria e

tecnica; prescrizione radioterapica, dose totale, dose per frazione e sedute programmate; date di approvazione del piano, prima e ultima seduta; sedute effettive; sospensioni, riprese e chiusura; eventuale motivo di nuova pianificazione; codici, ricette e remunerazioni associate.

La documentazione clinica e dosimetrica, comprese l'approvazione medica del piano e le verifiche di fisica sanitaria, è conservata nella cartella e nei sistemi aziendali ed è disponibile per i controlli. Nei flussi regionali sono trasmessi esclusivamente i dati previsti dalle specifiche approvate e necessari alla verifica; durante l'adeguamento informatico è mantenuto un raccordo aziendale tracciabile con le ricette e i flussi vigenti.

4 Unicità del riconoscimento del piano e rivalutazioni

Per lo stesso piano autonomo e per la medesima unità nazionale il pacchetto di piano di cura è riconosciuto una sola volta. La rivalutazione clinica può essere svolta ogni volta che sia necessaria, ma non coincide automaticamente con una nuova prestazione di piano remunerabile. Revisioni tecniche, controlli di posizionamento, ricalcoli e adattamenti già inclusi non consentono la ripetizione del pacchetto.

Nella categoria D le attività di ripianificazione adattativa e i relativi sottocodici inclusi nei pacchetti non possono essere rendicontati anche come nuovo piano o come prestazioni autonome. Le eventuali ripetizioni di componenti espressamente ammesse dalla composizione nazionale restano interne al pacchetto e non generano altrettante tariffe di piano.

Il passaggio di anno, la scadenza o riemissione della ricetta, la variazione del software, il mero trasferimento del paziente, la sospensione o ripresa del trattamento e il passaggio al nuovo catalogo non sono, da soli, motivi di nuova remunerazione. Non è introdotta una durata amministrativa uniforme di sei o dodici mesi del piano: la sua utilizzabilità clinica è verificata dallo specialista, mentre la validità della ricetta resta regolata dalle disposizioni generali.

5 Condizioni per un ulteriore piano autonomo

Il riconoscimento di un ulteriore piano richiede una nuova indicazione o una variazione clinica tale da rendere necessaria una pianificazione autonoma non già inclusa nel pacchetto precedente. Possono costituire motivi da verificare una nuova sede da trattare, una recidiva o progressione con nuovo programma terapeutico, una reirradiazione, oppure una modifica clinica sostanziale del bersaglio, della dose o della strategia non ricompresa nelle attività adattative già remunerate. Nessuno di questi eventi produce un diritto tariffario automatico.

Il radioterapista documenta indicazione, motivo e rapporto con il piano precedente; la fisica sanitaria documenta le nuove attività dosimetriche secondo le rispettive competenze. Sono identificati il piano precedente e il nuovo, gli isocentri interessati, le attività effettivamente ripetute e quelle già remunerate. Un boost o una fase aggiuntiva già programmata nel medesimo piano non è automaticamente un piano autonomo; un diverso isocentro è valutato secondo l'unità nazionale e la pianificazione documentata, senza negare le unità effettivamente previste dal nomenclatore.

Il cambio di categoria durante lo stesso episodio non legittima il cumulo automatico di più pacchetti di piano. I casi sono sottoposti a verifica clinico-amministrativa per applicare correttamente le voci nazionali e prevenire il doppio pagamento di attività incluse. Le istruzioni tecniche non possono istituire nuove tariffe o modificare quelle approvate dalla Giunta.

6 Pacchetti di trattamento e componenti incluse

Per i codici 92.2A-D, il trattamento è classificato nelle fasce nazionali: breve da 1 a 5 sedute; corto da 6 a 10; intermedio da 11 a 20; lungo oltre 20. Le sedute effettivamente effettuate sono registrate e il pacchetto rendicontato è verificato rispetto alla fascia, alla categoria e all'isocentro. L'eventuale

modifica o interruzione del programma è documentata e gestita secondo la voce nazionale pertinente e le istruzioni attuative, senza introdurre una tariffa proporzionale non prevista.

Il trattamento non è artificiosamente frazionato in più pacchetti della medesima categoria e unità per la sola divisione in settimane, mesi, ricette o periodi contabili. Per le stesse sedute non si cumulano pacchetti di fasce diverse. Le componenti incluse, tra cui visite in corso di terapia, controlli del set-up, immagini e attività dosimetriche nei limiti della composizione nazionale, non sono prescritte o remunerate separatamente.

Le prestazioni effettivamente esterne al pacchetto, comprese quelle di follow-up successive alla conclusione quando non incluse, restano prescrivibili secondo il catalogo e le condizioni vigenti, con motivazione e tracciabilità. La remunerazione del piano autonomo e quella del trattamento sono distinte ove il nomenclatore preveda i rispettivi pacchetti; tale distinzione non autorizza a duplicare le componenti già comprese.

7 Trasferimenti

In caso di trasferimento tra strutture, sono condivise le informazioni cliniche necessarie e quelle sulle attività già remunerate, nel rispetto della disciplina dei dati sanitari. La struttura ricevente riconosce il piano utilizzabile ne verifica l'utilizzabilità clinica, dosimetrica e tecnica e documenta le eventuali nuove attività necessarie: il solo trasferimento non costituisce un nuovo piano remunerabile. Le attività autonomamente necessarie non già incluse sono verificate secondo le regole del presente allegato.

8 Brachiterapia e irradiazione corporea o midollare totale

Per i pacchetti 92.3 di brachiterapia e 92.4 di irradiazione corporea o midollare totale si applicano le rispettive unità, composizioni e fasce nazionali. Non si utilizzano automaticamente le fasce della radioterapia esterna. La pianificazione, le visite e le altre componenti già comprese non sono cumulabili con ulteriori prestazioni per la stessa attività.

Nel foglio B8 del decreto nazionale le fasce di brachiterapia riportano trattamento breve con meno di due sedute, intermedio da tre a sei e lungo oltre sei; il caso di due sedute non è espressamente collocato. In attuazione al presente provvedimento il catalogo regionale recepisce la sostituzione di «< 2 sedute» con «≤ 2 sedute».

9 Verifiche e attuazione

Le Aziende sanitarie effettuano, secondo le rispettive competenze, controlli sui collegamenti episodio-piano-isocentro-ricetta, sulle ripetizioni dei pacchetti di piano, sul cumulo di componenti incluse, sulla coerenza tra tecnica e categoria, sul numero di sedute e sui trasferimenti. L'incrocio dei dati tra strutture è attuato nei limiti dei flussi legittimamente disponibili; le anomalie sono sottoposte a verifica clinico-amministrativa prima della definizione della liquidazione, con possibilità per l'erogatore di documentare la prestazione.

Le soglie temporali sono strumenti di allerta e non scadenze del piano o divieti di ripetizione.

10 Modalità di aggiornamento dell'allegato

Con successiva determina della Direzione regionale "Sanità" si provvederà ad aggiornare il catalogo, il nomenclatore con le relative tariffe di riferimento e le specifiche del presente allegato per tenere conto di eventuali variazioni da apportare per recepire le eventuali specifiche tecniche di TS del MEF e/o del MDS.

Allegato A)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
05	Chirurgia Vascolare	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI	INCLUSO: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	S	S			48,50	S		05	Chirurgia Vascolare	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	
08	Diagnostica Per Immagini	39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA		S	S			18,00	S		08	Diagnostica Per Immagini	39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	H
08	Diagnostica Per Immagini	87.06	FARINGOGRAFIA. INCLUSO: ESAME DIRETTO		S	S			30,45	S		08	Diagnostica Per Immagini	87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	H
08	Diagnostica Per Immagini	87.06.1	RADIOGRAFIA (RX) CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALOGRAFIA] IN 4 PROIEZIONI	INCLUSO: esame diretto	S	S			54,70	S		08	Diagnostica Per Immagini	87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	
08	Diagnostica Per Immagini	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI		S	S			39,00	S		08	Diagnostica Per Immagini	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	
08	Diagnostica Per Immagini	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI	INCLUSO: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	S	S			48,50	S		08	Diagnostica Per Immagini	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	
08	Diagnostica Per Immagini	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI		S	S			18,20	S		08	Diagnostica Per Immagini	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	
09	Endocrinologia	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI		S	S			39,00	S		09	Endocrinologia	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	
09	Endocrinologia	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI		S	S			18,20	S		09	Endocrinologia	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	
10	Gastroenterologia	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI	INCLUSO: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	S	S			48,50	S		10	Gastroenterologia	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	
11	Laboratorio	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. NON ASSOCIABILE A 90.41.3		S	S			13,90	S		11	Laboratorio	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3	
11	Laboratorio	90.68.C	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. FINO A 12 ALLERGENI		S	S			54,05	S		11	Laboratorio	90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni	
11	Laboratorio	91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI		S	S			23,00	S		11	Laboratorio	91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI	R
11	Laboratorio	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAG		S	S			12,35	S		11	Laboratorio	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	
13	Nefrologia	3995DN.0	EMODIALISI BICARBONATO, MEMBRANE SINTETICHE BASSO-ALTO FLUSSO CON INFUSIONE NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA. PER SEDUTA	PRECISAZIONE: ciclo fino a 13 sedute	S	S			195,60	S		13	Nefrologia	39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	H

Allegato A)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
13	Nefrologia	39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI PER SEDUTA.	PRECISAZIONE: ciclo fino a 13 sedute	S	S			200,75	S		13	Nefrologia	39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	H
13	Nefrologia	39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA		S	S			18,00	S		13	Nefrologia	39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	H
16	Oculistica	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA		S	S			26,75	S		16	Oculistica	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	
21	Otorinolaringoiatria	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE: PROVE ROTATORIE, PROVE PENDOLARI A SMORZAMENTO MECCANICO		S	S			32,50	S		21	Otorinolaringoiatria	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	
22	Pneumologia	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)		S	S			53,55	S		22	Pneumologia	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	
22	Pneumologia	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE. INCLUSO FARMACO	PRECISAZIONE: per seduta	S	S			1,65	S		22	Pneumologia	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco	
08	Diagnostica Per Immagini	88741.5	ELASTOGRAFIA EPATICA	PRECISAZIONE: per esame elastosonografico epatico ad eventuale integrazione delle prestazioni ecografia dell'addome completo (88.76.1) ed ecografia dell'addome superiore (88.74.1)	S	S			28,40	S		08	Diagnostica Per Immagini	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	
11	Laboratorio	90324.2	FOLLITROPINA (FSH)	PRECISAZIONE: dosaggi seriati dopo gnrh o altro stimolo (da 3 a 6). per ciascuna curva. NON ASSOCIABILE A ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	S	S			23,25	S		11	Laboratorio	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
11	Laboratorio	90324.1	LUTEOTROPINA (LH)	PRECISAZIONE: dosaggi seriati dopo gnrh o altro stimolo (da 3 a 6). per ciascuna curva. NON ASSOCIABILE A ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	S	S			23,25	S		11	Laboratorio	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
11	Laboratorio	90323.0	LUTEOTROPINA (LH) [S]		S	S			7,20		S	11	Laboratorio	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	I

Allegato A)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
10	Gastroenterologia	45.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS POLIPECTOMIA E/O MUCOSECTOMIA.	ESCLUSO: biopsia del duodeno (45.14.1)	S	S			220,10	S		10	Gastroenterologia	45.30.1	POLIPECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	
10	Gastroenterologia	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO IN CORSO DI EGDS: POLIPECTOMIA ESOFAGEA E/O MUCOSECTOMIA.	ESCLUSO: biopsia dell'esofago in corso di egds (42.24.1)	S	S			194,40	S		10	Gastroenterologia	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	

Allegato B)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	92241.0	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			42,00	S		24	Radioterapia	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92242.0	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			65,00	S		24	Radioterapia	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92244.0	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA	PRECISAZIONE: dose per frazione uguale o superiore a 8 gy.	S	S			1.480,40	S		24	Radioterapia	92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.	
24	Radioterapia	92246.0	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. PRIMO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			95,00	S		24	Radioterapia	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92246.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. QUARTO ED UTLIMO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			95,00	S		24	Radioterapia	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92246.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. SECONDO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			95,00	S		24	Radioterapia	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92246.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. TERZO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			95,00	S		24	Radioterapia	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92247.0	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. PRIMO CICLO	PRECISAZIONE: per tecniche con modulazione di intensitá. per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			210,00	S		24	Radioterapia	92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensitá. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	

Allegato B)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	92247.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. QUARTO ED ULTIMO CICLO	PRECISAZIONE: per tecniche con modulazione di intensitá. per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 5sedute	S	S			157,50	S		24	Radioterapia	92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensitá. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92247.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. SECONDO CICLO	PRECISAZIONE: per tecniche con modulazione di intensitá. per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			157,50	S		24	Radioterapia	92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensitá. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92247.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. TERZO CICLO	PRECISAZIONE: per tecniche con modulazione di intensitá. per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			157,50	S		24	Radioterapia	92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensitá. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	9224A.1	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. CICLO SUCCESSIVO AL PRIMO	PRECISAZIONE: dose per frazione uguale o superiore a 5 gy. per seduta. ciclo successivo al primo fino a 10 sedute	S	S			450,00	S		24	Radioterapia	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	9224A.0b	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. PRIMO CICLO DALLA SEDUTA 6	PRECISAZIONE: dose per frazione uguale o superiore a 5 gy. per seduta. primo ciclo fino a 10 sedute	S	S			450,00	S		24	Radioterapia	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	9224A.0a	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. PRIMO CICLO FINO ALLA 5 SEDUTA	PRECISAZIONE: dose per frazione uguale o superiore a 5 gy. per seduta. primo ciclo fino a 10 sedute	S	S			600,00	S		24	Radioterapia	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	9224C.0	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO. PRIMA SEDUTA		S	S			1.480,40	S		24	Radioterapia	92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	
24	Radioterapia	9224C.1	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO. SECONDA SEDUTA		S	S			740,20	S		24	Radioterapia	92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	

Allegato B)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	9224C.2	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO. TERZA SEDUTA		S	S			740,20	S		24	Radioterapia	92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	
24	Radioterapia	92.24.D1	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZ. ON LINE DEL BERSAGLIO. FINO A 3 SEDUTE	PRECISAZIONE: per seduta. ciclo fino a 5 sedute	S	S			1.408,00	S		24	Radioterapia	92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
24	Radioterapia	92.24.D2	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZ. ON LINE DEL BERSAGLIO. DALLA QUARTA SEDUTA	PRECISAZIONE: per seduta. ciclo fino a 5 sedute	S	S			703,75	S		24	Radioterapia	92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	
24	Radioterapia	92.25.1A	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. PRIMO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			45,35	S		24	Radioterapia	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92.25.1D	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. QUARTO ED UTLIMI CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			45,35	S		24	Radioterapia	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92.25.1B	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. SECONDO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			45,35	S		24	Radioterapia	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	92.25.1C	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. TERZO CICLO	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato. ciclo fino a 10 sedute	S	S			45,35	S		24	Radioterapia	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	
24	Radioterapia	95252.0	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	INCLUSO: le fasi propedeutiche alla prestazione	S	S			1.229,10	S		24	Radioterapia	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Incluse le fasi propedeutiche alla prestazione	
24	Radioterapia	92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. PRIMA O UNICA SEDUTA		S	S			1.811,00	S		24	Radioterapia	92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	
24	Radioterapia	92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. SEDUTE SUCCESSIVE		S	S			905,50	S		24	Radioterapia	92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	
24	Radioterapia	92275.0	BETATERAPIA DI CONTATTO. PER SEDUTA E PER FOCOLAIO TRATTATO		S	S			59,90	S		24	Radioterapia	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	

Allegato B)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	92289.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE SUCCESSIVIVA DA SOMMINISTRARE		S	S			520,00	S		24	Radioterapia	92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	
24	Radioterapia	92289.0	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. PRIMA DOSE DA SOMMINISTRARE		S	S			520,00	S		24	Radioterapia	92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	
24	Radioterapia	92291.0	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. CON SIMULATORE RADIOLOGICO		S	S			68,00	S		24	Radioterapia	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	
24	Radioterapia	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. CON TC SIMULATORE O TC		S	S			123,00	S		24	Radioterapia	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	
24	Radioterapia	92263.0	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. CON RM DI SIMULAZIONE	NON ASSOCIABILE A: 92.29.a	S	S			161,00	S		24	Radioterapia	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	
24	Radioterapia	92294.0	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO CALCOLO DELLA DOSE IN PUNTI		S	S			30,00	S		24	Radioterapia	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	
24	Radioterapia	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC		S	S			142,40	S		24	Radioterapia	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	
24	Radioterapia	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO		S	S			14,00	S		24	Radioterapia	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	
24	Radioterapia	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (INTERO TRATTAMENTO)	PRECISAZIONE: si intende qualunque manufatto personalizzato (es. maschere, schiume, sistemi a vuoto spinto) o apparecchiatura graduata che consenta la perfetta immobilizzazione e ripetitività del posizionamento.	S	S			118,75	S		24	Radioterapia	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	
24	Radioterapia	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. INTERO TRATTAMENTO		S	S			102,70	S		24	Radioterapia	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento	
24	Radioterapia	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE	PRECISAZIONE: per singola seduta	S	S			31,00	S		24	Radioterapia	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÇ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta	

Allegato B)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. PER SEDUTA O FOCOLAIO TRATTATO		S	S			82,00	S		24	Radioterapia	92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	
24	Radioterapia	92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. PER SEDUTA		S	S			82,00	S		24	Radioterapia	92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	
24	Radioterapia	92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO		S	S			76,65	S		24	Radioterapia	92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	
24	Radioterapia	92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. INTERO TRATTAMENTO		S	S			200,00	S		24	Radioterapia	92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	
24	Radioterapia	92.47.8	TELETERAPIA(IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE, CON CONTROLLO DEL POSIZION. MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). MAX 5 SEDUTE	INCLUSO: tomoterapia per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute	S	S			550,00	S		24	Radioterapia	92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA? (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Ciclo breve: fino a 5 sedute	
24	Radioterapia	92479.1	TELETERAPIA(IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE, CONTROLLO DEL POSIZION. TC/RM/US (IGRT). CICLO LUNGO-DOPO15SEDUTE	INCLUSO: tomoterapia. per seduta. secondo ed ultimo ciclo lungo da 15 a 30 sedute	S	S			450,00	S		24	Radioterapia	92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA? (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	
24	Radioterapia	92479.0	TELETERAPIA(IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE, CONTROLLO DEL POSIZION. TC/RM/US (IGRT). CICLO LUNGO-PRIME15SEDUTE	INCLUSO: tomoterapia. per seduta. primo ciclo lungo fino a 15 sedute	S	S			450,00	S		24	Radioterapia	92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA? (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	

Allegato B)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)		S	S			350,00	S		24	Radioterapia	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	
24	Radioterapia	92.27.2	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI	PRECISAZIONE: per seduta e per focolaio trattato	S	S			350,00	S		24	Radioterapia	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	
24	Radioterapia	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)		S	S			175,00	S		24	Radioterapia	92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	
24	Radioterapia	92111.0	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. PER SEDUTA		S	S			8,80	S		24	Radioterapia	92.21.1	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	
24	Radioterapia	93231.0	TELECOBALTOTERAPIA. PER SEDUTA E PER FOCOLAIO TRATTATO		S	S			27,00	S		24	Radioterapia	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	
24	Radioterapia	92284.0	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI FINO A 185 MBQ		S	S			659,00	S		24	Radioterapia	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	
24	Radioterapia	92286.0	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE		S	S			988,20	S		24	Radioterapia	92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	
24	Radioterapia	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC.	PRECISAZIONE: individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di pet TC NON ASSOCIABILE A: 92.29.3	S	S			476,00	S		24	Radioterapia	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.3	
24	Radioterapia	9229Q.1	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. DOPO PRIMA SEDUTA		S	S			240,00	S		24	Radioterapia	92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	
24	Radioterapia	9229Q.0	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. PRIMA SEDUTA		S	S			240,00	S		24	Radioterapia	92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	
24	Radioterapia	92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO IN 4D		S	S			99,00	S		24	Radioterapia	92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	

Allegato C)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
01	Anestesia/Analgesia	04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE		S	S			200,00	S		01	Anestesia/Analgesia	04.2	RADIOFREQUENZA PULSATA NEL TRATTAMENTO DELLE SINDROMI DOLOROSE	R
16	Oculistica	08.91.A	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA - OCCHIO SN		S	S			26,75	S		16	Oculistica	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	
17	Odontostomatologia	24.80.9	INSERIMENTO DI DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE.	Incluso: costo totale del manufatto. Riservato ai pazienti con sindrome di Lesch-Nyhan, codice RCG120, per prevenire comportamenti autolesionistici. Richiede prescrizione specialistica.	S	S			240,00	S		17	Odontostomatologia	24.80.9	INSERIMENTO DI DISPOSITIVO MOBILE INTRAORALE. Incluso: costo totale del manufatto.	R H
10	Gastroenterologia	42.33.5	MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS.	Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	S	S			400,00	S		10	Gastroenterologia	42.33.5	MUCOSECTOMIA ESOFAGEA IN EGDS. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	
10	Gastroenterologia	43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS.	Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	S	S			400,00	S		10	Gastroenterologia	43.41.3	MUCOSECTOMIA GASTRICA IN EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	
10	Gastroenterologia	45.30.3	MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS.	Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)	S	S			400,00	S		10	Gastroenterologia	45.30.3	MUCOSECTOMIA DEL DUODENO IN EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno in corso di EGDS (45.14.1)	
08	Diagnostica per immagini	87.37.3	MAMMOGRAFIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC.	Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	S	S			54,60	S		08	Diagnostica per immagini	87.37.3	MAMMOGRAFIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.92.9 RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	
08	Diagnostica per immagini	88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA.	Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Esame di secondo livello, per diagnosticare o monitorare fibrosi epatica e/o ipertensione portale clinicamente significativa, in pazienti con epatopatia cronica avanzata o cirrosi epatica. Richiede indicazione specialistica.	S	S			49,75	S		08	Diagnostica per immagini	88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	
08	Diagnostica per immagini	88.99.A	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE	Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.A	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE LOMBARE	
08	Diagnostica per immagini	88.99.B1	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE - BILATERALE	Escluso cod. 88.99.B2 e 88.99.B3. Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	
08	Diagnostica per immagini	88.99.C1	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE BILATERALE	Escluso cod. 88.99.C2 e 88.99.C3. Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	
11	Laboratorio	90.05.6A	ALBUMINA GLICATA	Non utilizzabile per la diagnosi del diabete. Prescrivibile per il monitoraggio glicemico in alternativa all'HbA1c: nei pazienti diabetici con emoglobinopatia, emoglobina inferiore a 10 g/dl o gravidanza; inoltre nei pazienti con diabete gestazionale.	S	S			2,80	S		11	Laboratorio	90.05.6	ALBUMINA GLICATA	
11	Laboratorio	90323.0	LUTEOTROPINA (LH) [S]	Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	S	S			6,20	S		11	Laboratorio	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
11	Laboratorio	90.64.7	DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand)		S	S			78,90	S		11	Laboratorio	90.64.7	DOSAGGIO DELL'ATTIVITÀ FUNZIONALE ADAMTS13 (proteasi clivante il fattore von Willebrand)	R MR
11	Laboratorio	91.20.8	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA,	. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione. Indicazione di appropriatezza prescrittiva: esame da effettuare contestualmente alla positività dell'HBsAg.	S	S			49,75	S		11	Laboratorio	91.20.8	VIRUS EPATITE D [HDV] ANALISI QUANTITATIVA DI HDV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	
11	Laboratorio	91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO.	Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4. Condizione di erogabilità aggiornata: patologia tumorale maligna già accertata, con esecuzione secondo note AIFA e linee guida del Sistema nazionale linee guida.	S	S			222,00	S		11	Laboratorio	91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE DELLA MAMMELLA SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO CON FARMACI INIBITORI DEL CHECKPOINT IMMUNITARIO. Biomarcatori delle categorie: anti-PD-L1, anti-CTLA-4.	
11	Laboratorio	91.30.6	STATO MUTAZIONALE PROGNOSTICO PER CARCINOMA MAMMARIO ORMONORESPONSIVO IN STADIO PRECOCE	Condizione di erogabilità: rinvio all'Allegato 4 GEN, colonna E	S	S			2.000,00	S		11	Laboratorio	91.30.6	STATO MUTAZIONALE PROGNOSTICO PER CARCINOMA MAMMARIO ORMONORESPONSIVO IN STADIO PRECOCE	R
24	Radioterapia	92.2A.1	Radioterapia - Piano di cura cat. A		S	S			614,55	S		24	Radioterapia	92.2A.1	Radioterapia - Piano di cura cat. A	

Allegato C)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
24	Radioterapia	92.2A.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. A 1-5 sedute		S	S			391,80	S		24	Radioterapia	92.2A.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. A 1-5 sedute	
24	Radioterapia	92.2A.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. A 6-10 sedute		S	S			765,70	S		24	Radioterapia	92.2A.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. A 6-10 sedute	
24	Radioterapia	92.2A.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute		S	S			1.448,50	S		24	Radioterapia	92.2A.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. A 11-20 sedute	
24	Radioterapia	92.2A.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. A >20 sedute		S	S			1.759,20	S		24	Radioterapia	92.2A.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. A >20 sedute	
24	Radioterapia	92.2B.1	Radioterapia - Piano di cura cat. B		S	S			819,95	S		24	Radioterapia	92.2B.1	Radioterapia - Piano di cura cat. B	
24	Radioterapia	92.2B.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. B 1-5 sedute		S	S			1.280,80	S		24	Radioterapia	92.2B.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. B 1-5 sedute	
24	Radioterapia	92.2B.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. B 6-10 sedute		S	S			2.543,70	S		24	Radioterapia	92.2B.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. B 6-10 sedute	
24	Radioterapia	92.2B.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute		S	S			4.695,50	S		24	Radioterapia	92.2B.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. B 11-20 sedute	
24	Radioterapia	92.2B.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. B >20 sedute		S	S			5.605,20	S		24	Radioterapia	92.2B.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. B >20 sedute	
24	Radioterapia	92.2C.1	Radioterapia - Piano di cura cat. C		S	S			1.100,90	S		24	Radioterapia	92.2C.1	Radioterapia - Piano di cura cat. C	
24	Radioterapia	92.2C.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. C 1-5 sedute		S	S			5.945,30	S		24	Radioterapia	92.2C.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. C 1-5 sedute	
24	Radioterapia	92.2C.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. C 6-10 sedute		S	S			7.442,76	S		24	Radioterapia	92.2C.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. C 6-10 sedute	
24	Radioterapia	92.2C.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute		S	S			9.133,50	S		24	Radioterapia	92.2C.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. C 11-20 sedute	
24	Radioterapia	92.2C.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. C >20 sedute		S	S			11.261,50	S		24	Radioterapia	92.2C.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. C >20 sedute	
24	Radioterapia	92.2D.1	Radioterapia - Piano di cura cat. D		S	S			2.841,40	S		24	Radioterapia	92.2D.1	Radioterapia - Piano di cura cat. D	
24	Radioterapia	92.2D.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. D 1-5 sedute		S	S			7.410,97	S		24	Radioterapia	92.2D.2	Radioterapia - Trattamento breve cat. D 1-5 sedute	
24	Radioterapia	92.2D.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. D 6-10 sedute		S	S			9.918,00	S		24	Radioterapia	92.2D.3	Radioterapia - Trattamento corto cat. D 6-10 sedute	
24	Radioterapia	92.2D.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. D 11-20 sedute		S	S			11.733,70	S		24	Radioterapia	92.2D.4	Radioterapia - Trattamento intermedio cat. D 11-20 sedute	
24	Radioterapia	92.2D.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. D >20 sedute		S	S			13.924,00	S		24	Radioterapia	92.2D.5	Radioterapia - Trattamento lungo cat. D >20 sedute	
24	Radioterapia	92.3A.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. A <=2 sedute		S	S			859,55	S		24	Radioterapia	92.3A.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. A <2 sedute	
24	Radioterapia	92.3A.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. A 3-6 sedute		S	S			1.441,75	S		24	Radioterapia	92.3A.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. A 3-6 sedute	
24	Radioterapia	92.3A.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. A > 6 sedute		S	S			1.641,75	S		24	Radioterapia	92.3A.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. A > 6 sedute	
24	Radioterapia	92.3B.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. B <=2 sedute		S	S			947,15	S		24	Radioterapia	92.3B.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. B <2 sedute	
24	Radioterapia	92.3B.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. B 3-6 sedute		S	S			1.697,15	S		24	Radioterapia	92.3B.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. B 3-6 sedute	
24	Radioterapia	92.3B.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. B > 6 sedute		S	S			2.197,15	S		24	Radioterapia	92.3B.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. B > 6 sedute	
24	Radioterapia	92.3C.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. C <=2 sedute		S	S			1.047,15	S		24	Radioterapia	92.3C.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. C <2 sedute	
24	Radioterapia	92.3C.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. C 3-6 sedute		S	S			1.947,15	S		24	Radioterapia	92.3C.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. C 3-6 sedute	
24	Radioterapia	92.3C.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. C > 6 sedute		S	S			2.547,15	S		24	Radioterapia	92.3C.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. C > 6 sedute	
24	Radioterapia	92.3D.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. D <=2 sedute		S	S			1.147,15	S		24	Radioterapia	92.3D.1	Brachiterapia - Trattamento breve cat. D <2 sedute	
24	Radioterapia	92.3D.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. D 3-6 sedute		S	S			2.197,15	S		24	Radioterapia	92.3D.2	Brachiterapia - Trattamento intermedio cat. D 3-6 sedute	
24	Radioterapia	92.3D.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. D > 6 sedute		S	S			2.897,15	S		24	Radioterapia	92.3D.3	Brachiterapia - Trattamento lungo cat. D > 6 sedute	
24	Radioterapia	92.4C.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve cat. C (1 seduta)		S	S			2.186,45	S		24	Radioterapia	92.4C.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve cat. C (1 seduta)	
24	Radioterapia	92.4C.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio cat. C 2-3 sedute		S	S			3.591,20	S		24	Radioterapia	92.4C.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio cat. C 2-3 sedute	
24	Radioterapia	92.4C.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo cat. C > 3 sedute		S	S			4.527,70	S		24	Radioterapia	92.4C.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo cat. C > 3 sedute	
24	Radioterapia	92.4D.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve cat. D (1 seduta)		S	S			1.825,95	S		24	Radioterapia	92.4D.1	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento breve cat. D (1 seduta)	
24	Radioterapia	92.4D.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio cat. D 2-3 sedute		S	S			3.636,95	S		24	Radioterapia	92.4D.2	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento intermedio cat. D 2-3 sedute	
24	Radioterapia	92.4D.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo cat. D > 3 sedute		S	S			5.447,95	S		24	Radioterapia	92.4D.3	Irradiazione corporea o midollare totale (TBI/TMI) - Trattamento lungo cat. D > 3 sedute	
23	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	93.82.4	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE.	Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	S	S			4,40	S		23	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	93.82.4	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	
23	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	93.82.5	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE.	Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	S	S			1,75	S		23	Psichiatria/Psicologia-Psicoterapia	93.82.5	TERAPIA PSICOEDUCAZIONALE PER DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E DELLA NUTRIZIONE. Per seduta collettiva. Ciclo di 10 sedute, massimo 20 sedute all'anno.	
09	Endocrinologia	99.99.4	APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE.	Escluso: costo del dispositivo	S	S			26,00	S		09	Endocrinologia	99.99.4	APPLICAZIONE DI MICROINFUSORE SOTTOCUTE. Escluso: costo del dispositivo	
11	Laboratorio	G2.11	TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y). Qualunque metodo	Screening contingente per trisomie 13, 18, 21 e aneuploidie X e Y, nelle gravidanze con rischio 1/11–1/1000 risultante dalla prima valutazione con 90.17.6 – HCG frazione libera e PAPP-A e 88.78.4 – ecografia per traslucenza nucale. Richiede prescrizione specialistica. È erogabile contestualmente alla consulenza genetica associata al test.	S	S			380,00	S		11	Laboratorio	G2.11	TEST PRENATALE NON INVASIVO (NIPT) su DNA fetale libero nel sangue materno (cromosomi 13, 18, 21, X e Y). Qualunque metodo	R

Allegato C)

CODICE BRANCA	DESCRIZIONE Branca	Cod Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida, inclusioni ed esclusioni	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A NEW	LEA N	LEA R	CODICE BRANCA	Branca	Codice Prestazione	Descr Prescrizione	COD_NOT_ECZ
11	Laboratorio	G3.04	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	Diagnostica di accompagnamento riservata ad adulti con sclerosi multipla secondariamente progressiva attiva, documentata da recidive o attività infiammatoria radiologica. Serve a verificare una controindicazione al siponimod oppure la necessità di ridurne la dose di mantenimento, secondo il relativo RCP.	S	S			65,00	S		11	Laboratorio	G3.04	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C9	R
10	Gastroenterologia	88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA.	Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Esame di secondo livello, per diagnosticare o monitorare fibrosi epatica e/o ipertensione portale clinicamente significativa, in pazienti con epatopatia cronica avanzata o cirrosi epatica. Richiede indicazione specialistica.	S	S			49,75	S		10	Gastroenterologia	88.74.B	ELASTOGRAFIA TRANSIENTE EPATICA. Non associabile a 88.74.1 ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE e 88.76.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO.	
16	Oculistica	08.91.B	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA - OCCHIO DX		S	S			26,75	S		16	Oculistica	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	
08	Diagnostica per immagini	88.99.B2	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE SN	Escluso cod. 88.99.B3 e 88.99.B1. Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	
08	Diagnostica per immagini	88.99.B3	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE DX	Escluso cod. 88.99.B2 e 88.99.B1. Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.B	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE FEMORALE	
08	Diagnostica per immagini	88.99.C2	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE SN	Escluso cod. 88.99.C1 e 88.99.C3. Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	
08	Diagnostica per immagini	88.99.C3	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE DX	Escluso cod. 88.99.C1 e 88.99.C2. Riservata a pazienti di genere femminile, in alternativa alla densitometria ossea del corrispondente distretto: lombare, femorale o ultradistale.	S	S			31,50	S		08	Diagnostica per immagini	88.99.C	MULTISPETTROMETRIA ECOGRAFICA A RADIOFREQUENZA OSSEA, QUALSIASI METODO. INDAGINE ULTRADISTALE	
11	Laboratorio	90324	LUTEOTROPINA (LH) e E FOLLITROPINA (FSH)	PRECISAZIONE: dosaggi seriati dopo gnrh o altro stimolo (da 3 a 6). per ciascuna curva. NON ASSOCIABILE A ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	S	S			23,25	S		11	Laboratorio	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	
10	Gastroenterologia	45.30.1A	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS POLIPECTOMIA	ESCLUSO: biopsia del duodeno (45.14.1)	S	S			220,10	S		10	Gastroenterologia	45.30.1	POLIPECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	
10	Gastroenterologia	42.33.1A	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO IN CORSO DI EGDS: POLIPECTOMIA ESOFAGEA	ESCLUSO: biopsia dell'esofago in corso di egds (42.24.1)	S	S			194,40	S		10	Gastroenterologia	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	