



Regione
Lombardia

ASL Vallecamosonica-Sebino

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
SEDE DI ESINE
TEL. 0364-3691 – FAX 0364-369357
e-mail: dirsan@ospedalevallecamosonica.it

DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE
SEDE DI BRENO
TEL. 0364/329391 – FAX 0364/329212
e-mail: dcp@aslvallecamosonicasebino.it

ASL di Vallecamosonica - Sebin



Prot. Nr. 0030854/14 PARTENZA
del 31/10/2014

AI SIGG.

MEDICI DI MEDICINA GENERALE

PEDIATRI DI FAMIGLIA

MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI

MEDICI SPECIALISTI OSPEDALE

ESINE/EDOLO

DIRETTORI SANITARI RSA

LABORATORIO ANALISI CLINICHE C.GOLGI

CUP

E,P,C: MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

LORO SEDI

**Oggetto: indicazioni per la prescrizione di prestazioni di specialistica ambulatoriale
secondo la DGR n. 2313/2014**

La DGR N° X/2313 del 01/08/2014 "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Socio Sanitario Regionale per l'esercizio 2014 - (di concerto con l'Assessore Maria Cristina Cantu') stabilisce ulteriori modifiche ed integrazioni relative ad alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale che entreranno in vigore dal 7 novembre 2014.

Si forniscono di seguito le indicazioni per la prescrizione di alcune prestazioni di laboratorio e per la prescrizione di RM e TC per la diagnostica delle patologie del ginocchio, spalla e rachide.

Farà seguito un corso di formazione.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE MEDICO di PRESIDIO
Dr. Marcello Acciaro

DIPARTIMENTO DI CURE PRIMARIE
Il Direttore
Dr.ssa Ivanna Lascioli

Responsabile del procedimento: Dr.ssa Ivanna Lascioli Dr.Marcello Acciaro
Funzionario Istruttore: Dr.ssa Silvia Brasa, Dr.ssa Isabella Voglioso

1

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI VALLECAMONICA-SEBINO

Via Nissolina, 2 - 25043 Breno (BS) - tel. 0364.3291 - fax 0364.329310 CF/P.IVA n.02072150986
www.aslvallecamosonicasebino.it PEC: protocollo@pec.aslvallecamosonicasebino.it



INTERVENTI RELATIVI ALL'AREA DELLA MEDICINA DI LABORATORIO

1. ESENZIONI: INTEGRAZIONI ALLA DGR 3976/2012

Esenzione per Epilessia

Per quanto riguarda l'esenzione per la patologia **"017 Epilessia"** viene integrato l'elenco dei farmaci antiepilettici, previsto dal *DM 21 maggio 2001 n. 296*, introducendo tra le prestazioni esenti

- cod. **90.20.A** "FARMACI ANTI EPILETTICI (Metodi immunometrici)" e con la prestazione
- cod. **90.20.6** "FARMACI DOSAGGIO QUANTITATIVO IN CROMATOGRAFIA"

per il dosaggio dei nuovi farmaci antiepilettici.

Pertanto risultano esenti a far data dal 7 novembre le seguenti prestazioni:

Nomenclatore	Prestazione	Cod. SISS
90.03.4	ACIDO VALPROICO	0090034
00.09.3	BARBITURICI	0090093
90.09.4	BENZODIAZEPINE (Sangue)	0090094.01
	BENZODIAZEPINE (Urine)	0090094.02
90.12.3	CARBAMAZEPINA	0090123
90.20.2	ETOSUCCIMIDE	0090202
90.22.1	FENITOINA	0090221
90.37.5	PRIMIDONE	0090375
90.20.A	GABAPENTIN	009020A.01
	LAMOTRIGINA	009020A.02
	LEVETIRACETAM	009020A.03
	TOPIRAMATO	009020A.04
	ZONISAMIDE	009020A.05
90.20.6	ESLICARBAZEPINA	0090206.01
	FELBAMATO	0090206.02
	LACOSAMIDE	0090206.03
	OXCARBAZEPINA	0090206.04
	PREGABALIN	0090206.05
	RUFINAMIDE	0090206.06
	STIRIPENTOLO	0090206.07
	TIAGABINA	0090206.08
	VIGABATRIN	0090206.09



Esenzione per Gravidanza

Per la tutela della gravidanza, in fase pre-concezionale, sia per la donna sia per l'uomo, le cui condizioni sono:

"M00 Gravidanza in epoca pre-concezionale", e "M1/M13 Gravidanza dalla 1^a alla 13^a settimana",

si ritiene che, in fase di screening, in alternativa alle prestazioni già esenti:

- cod. 91.10.5 "TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI..."
- cod. 91.11.1 "TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA..."

è considerata esente dalla compartecipazione alla spesa (ticket), nelle condizioni di cui sopra, anche la prestazione:

Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	6,85

In quanto il metodo E.I.A (Enzyme Immunoassay) garantisce elevati livelli di sensibilità e specificità.

2. ULTERIORI INDICAZIONI IN AMBITO DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA

TEST MICROBIOLOGICI

Il Nomenclatore Tariffario Regionale è stato modificando nella descrizione e nella tariffa per le prestazioni sotto riportate:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]; Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter; Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma	14,44
M	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITÀ OROFARINGO-NASALE; Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni; Escluso: Neisseria meningitidis. Incluso eventuale identificazione di lieviti e di batteri e antibiogramma per i batteri	9,74
M	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE. Incluso eventuale identificazione e antibiogramma	9,74

In caso di isolamento di batteri patogeni dalle feci, dalle cavità orofaringo - nasale e dal faringe, il Laboratorio esegue l'identificazione e l'antibiogramma degli stipti isolati.

Si forniscono di seguito le indicazioni circa l'appropriatezza delle richieste per gli esami colturali delle feci, delle cavità oro-faringonasale e del tampone faringeo per Streptococcus pyogenes.

Gli esami microbiologici sulle feci andrebbero eseguiti in presenza di un forte sospetto clinico-



anamnestico di diarrea infettiva (diarrea acuta, protratta, del viaggiatore, associata a un possibile evento epidemico, in presenza di sangue e/o muco, in pazienti in età avanzata, immunodepressi). L'esecuzione di indagini colturali su campioni di feci composte (non diarroiche) o in momenti successivi alla scomparsa della sintomatologia, andrebbe quindi scoraggiata, con l'eccezione dei casi di controllo su soggetti con precedenti riscontri colturali positivi per patogeni enterici, per escludere una condizione di "portatore asintomatico".

FARINGO TONSILLITE

Lo Streptococco β emolitico di gruppo A di Lancefield (*Streptococcus pyogenes*) è la causa più comune di faringite batterica. Secondo alcuni studi possono essere causa di faringite anche gli Streptococchi β emolitici di gruppo C, G e, a volte, F.

In presenza di faringo tonsillite la ricerca dovrebbe limitarsi a questi batteri e meglio sarebbe prescrivere la prestazione **91.09.2** "Streptococcus pyogenes nel tampone orofaringeo esame colturale".

EPIGLOTTIDITE

In caso di epiglottidite si può ricercare *Haemophilus influenzae* di tipo b, anche se dopo l'introduzione del vaccino anti *H. influenzae* tipo b si è avuto un netto calo delle epiglottiti causate da questo microrganismo.

H. influenzae può essere ricercato anche in pazienti con pregressa infezione invasiva da *H. influenzae* in quanto la persistenza dello stato di portatore può essere causa di ricorrente malattia invasiva.

ALTRE RICERCHE

Staphylococcus aureus

Lo *S. aureus* non è causa di faringo tonsillite. Nel paziente ambulatoriale è stato sporadicamente riportato come causa di ascessi peritonsillari. In questo caso il materiale da esaminare non è il tampone faringeo, bensì il pus aspirato dall'ascesso.

La ricerca di portatori di *S. aureus* e di *S. aureus* meticillino resistente (MRSA) non è indicata nel paziente ambulatoriale, essendo una ricerca che ha lo scopo di prevenire le infezioni correlate all'assistenza (ICA) acquisibili in ospedale o in altri ambiti assistenziali.

TEST BIOCHIMICI

Bilirubina

I dati della letteratura nazionale e internazionale concernenti l'utilità dell'esecuzione del dosaggio della Bilirubina frazionata indicano che non si deve eseguire il dosaggio della Bilirubina frazionata quando il dosaggio della Bilirubina totale ha fornito valori inferiori o uguali a 1 mg/dL.

Quindi quando il valore della Bilirubina totale è inferiore o uguale a 1 mg/dL non deve essere eseguito il dosaggio della Bilirubina frazionata; quando invece il valore della Bilirubina Totale è superiore a 1 mg/dL deve essere eseguito automaticamente il dosaggio della Bilirubina frazionata, ad eccezione eventualmente di pazienti in età neonatale.

Pertanto nel Nomenclatore Tariffario Regionale viene cancellata la prestazione

- cod. 90.10.5 "BILIRUBINA TOTALE e FRAZIONATA"

e viene modificata la descrizione della prestazione come di seguito riportato:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
M	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE REFLEX. Incluso eventuale determinazione della Bilirubina frazionata	1,70



Ne consegue che per le patologie: "003 Anemia emolitica acquisita da autoimmunizzazione", "008 Cirrosi epatica, cirrosi biliare", "013 Diabete mellito", "016 epatite cronica (attiva)", "042 pancreatite cronica" e "055 tubercolosi (attiva bacillifera)" i pazienti saranno esenti unicamente per la prestazione cod. **90.10.4** "Bilirubina totale reflex...", garantendo comunque il dosaggio della Bilirubina frazionata ai pazienti che risultano avere valori di Bilirubina diretta superiori ai valori di riferimento (> 1 mg/dL).

Esami Di Laboratorio Per La Valutazione Del Rischio Di Nefropatia Da Mezzi Di Contrasto

Il più importante fattore di rischio per la nefropatia da mezzi di contrasto è l'insufficienza renale cronica. Altri fattori di rischio sono la disidratazione, l'età superiore a 75 anni, il diabete mellito, l'assunzione di metformina, lo scompenso cardiaco, l'ipotensione, l'anemia e le allergopatie; invece le gammopatie monoclonali (mieloma multiplo, macroglobulinemia di Waldenstrom, gammopatia monoclonale di significato indeterminato o MGUS, malattie da depositi di immunoglobuline, amiloidosi) non sono di per sé un fattore di rischio. I pazienti con gammopatia monoclonale possono rientrare nella categoria dei pazienti a rischio se sono affetti da malattia renale cronica, o se si trovano in una delle altre condizioni di rischio; tuttavia le gammopatie monoclonali non costituiscono controindicazione all'impiego di mezzi di contrasto. Di conseguenza, preliminarmente all'esecuzione di esami radiologici con mezzi di contrasto, si raccomanda la determinazione della creatininemia basale, mentre non si ritengono necessari esami specifici per escludere la presenza di gammopatie monoclonali quali l'elettroforesi sieroproteica, la ricerca nelle urine della proteina di Bence Jones e la determinazione delle catene leggere libere plasmatiche.

Test di screening per Malattia celiaca

Nell'ambito delle prestazioni utili alla diagnosi di Malattia Celiaca si forniscono le indicazioni riguardo la prescrizione e la modalità di erogazione di alcuni esami.

Negli ultimi anni la ricerca degli Anticorpi anti Gliadina è stata generalmente sostituita dalla ricerca degli Anticorpi anti Gliadina Deaminata, che garantisce una maggior specificità dei risultati. Pertanto viene aggiornata la descrizione della prestazione cod. 90.49.5 come sotto indicato:

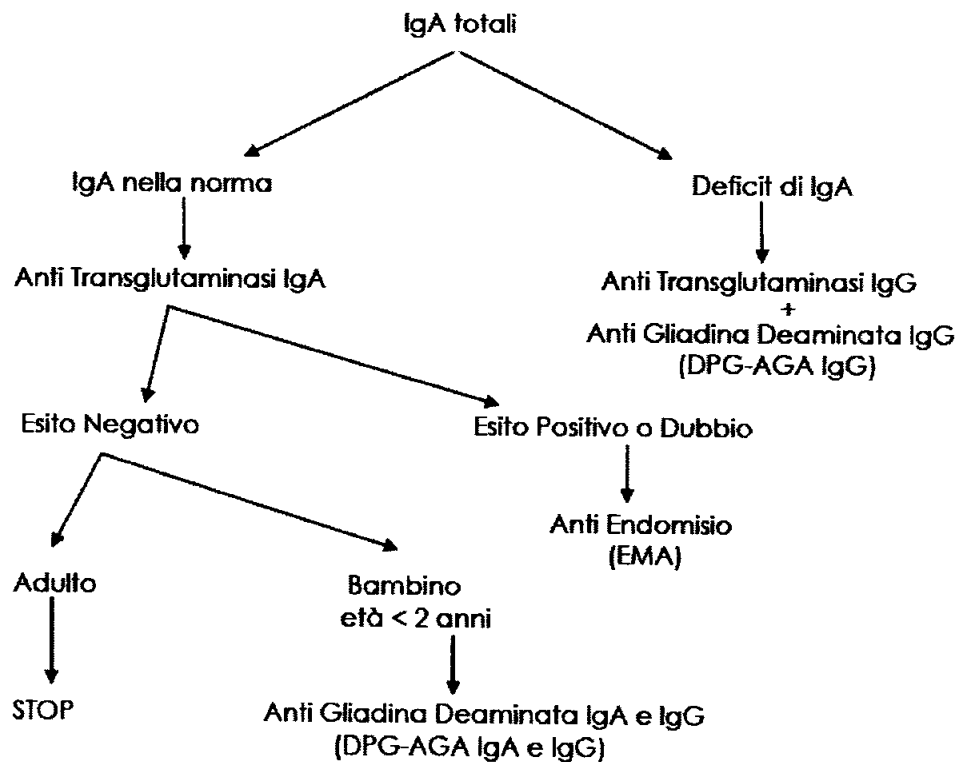
Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA o ANTICORPI ANTI ANTIGLIADINA DEAMIDATA (IgG, IgA)	12,10

Il nomenclatore tariffario regionale viene inoltre introdotta con la seguente prestazione:

Nota	Codice	Descrizione della prestazione	Tariffa Euro
I	90.53.G	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgA o IgG) RIFLESSA. Incluso dosaggio di Immunoglobuline IgA. Incluso eventuali Anticorpi anti Gliadina Deaminata IgA e/o IgG, Anticorpi anti Endomisio	19,95



Prima dell'esecuzione del dosaggio degli Anticorpi anti Transglutaminasi il Laboratorio determina il livello delle IgA totali nel siero secondo lo schema sotto riportato.



La prestazione cod. **90.53.G** "ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgA o IgG) RIFLESSA..." andrà prescritta nel caso di sospetto clinico di Malattia Celiaca.

In presenza di Malattia Celiaca già diagnosticata e in particolare per i pazienti che ai sensi della vigente normativa regionale sono esenti dalla compartecipazione alla spesa (ticket) per le patologie "Sprue Celiaca cod. RI0060" e "Dermatite Erpetiforme cod. RL0020", le modalità di richiesta dei vari esami necessari al monitoraggio della malattia rimangono invariate.



RACCOMANDAZIONI PER LA PRESCRIZIONE DI RM E TC PER LA DIAGNOSTICA DELLE PATOLOGIE DEL GINOCCHIO, SPALLA E RACHIDE

La Regione Lombardia con DGR N° X / 2313 Seduta del 01/08/2014 ha predisposto delle linee di indirizzo per la prescrizione della RM e della TC per alcune patologie dell'apparato osteoarticolare ad elevato impatto epidemiologico, soprattutto nella popolazione anziana, in particolare:

- le patologie del ginocchio
- le patologie del rachide lombo-sacrale
- le patologie della spalla.

Le presenti linee di indirizzo, non costituiscono un vincolo o una limitazione prescrittiva, ma intendono fornire indicazioni pratiche, finalizzate a promuovere una maggiore appropriatezza nella scelta di questi esami diagnostici.

Il Medico prescrittore, ferma restando la sua autonomia di giudizio, potrà servirsi di queste raccomandazioni al momento della valutazione dell'esame più idoneo ad indagare una patologia dei distretti corporei menzionati, con l'obiettivo di operare la scelta più appropriata al singolo caso in esame.

Il documento regionale individua dei percorsi per identificare la prestazione più appropriata, attraverso delle flow-chart, per le seguenti condizioni cliniche:

1. Lombalgia-Lombosciatalgia Acuta Non Traumatica
2. Gonalgia acuta non traumatica
3. Gonalgia acuta post-traumatica
4. Gonalgia Cronica
5. Patologia Degenerativa della Cuffia
6. Instabilità della Spalla
7. Capsulite Adesiva (Frozen Shoulder).

Per le condizioni patologiche sopra citate sono state codificate dei quesiti diagnostici specifici a cui i medici prescrittori potranno riferirsi per effettuare le richieste di prestazioni di RM e TC. E' prevista l'implementazione sperimentale dei quesiti diagnostici nei principali applicativi informatici utilizzati dai prescrittori, in modo da facilitare il medico nella scelta di una prescrizione appropriata.

L'applicazione delle presenti raccomandazioni sarà oggetto di monitoraggio attraverso un set di indicatori specifici per ciascuna condizione clinica identificata.

Si allegano:

1. il rationale delle raccomandazioni in caso di lombalgia - lombo sciatralgia acuta non traumatica,
2. le flow-chart ed i quesiti diagnostici per ciascuna delle condizioni cliniche sopra elencate.

Razionale della raccomandazioni in caso di lombalgia - lombo sciatalgia acuta non traumatica

Il sintomo lombalgia o lombo-sciatalgia è una evenienza estremamente comune nella vita di ogni individuo. Secondo alcuni lavori americani è al secondo posto fra i sintomi che portano ad una visita medica e circa i tre quarti degli adulti riportano di avere avuto una qualche forma di mal di schiena negli ultimi tre mesi.

Sebbene le linee guida più diffuse raccomandino l'esecuzione di indagini radiologiche solo in presenza di deficit neurologici progressivi o in presenza di gravi condizioni cliniche concomitanti, l'imaging è frequentemente eseguito in assenza di una chiara indicazione clinica. Una metanalisi di diversi trial clinici randomizzati non ha evidenziato differenze nell'outcome clinico in pazienti con lombalgia acuta fra coloro che avevano eseguito uno studio radiologico (dalla semplice radiografia alla TC o alla RM) e quelli che non avevano eseguito nessun studio di imaging.

Allo stato dell'arte esiste quindi una ampia evidenza in letteratura sull'inutilità dell'imaging in caso di lombalgia o lombo sciatalgia acuta in assenza di altre condizioni cliniche aggravanti o particolari. In caso di lombalgia o lombo sciatalgia acuta non traumatica le raccomandazione chiave sono quindi le seguenti:

1. Non eseguire routinariamente uno studio di imaging (Rx, TC, RM) in pazienti con lombalgia acuta aspecifica.
2. Eseguire studi di imaging solo in pazienti con sintomi neurologici progressivi o che si presentino con importanti quadri clinici associati come note neoplasie, sospette lesioni infettive o grave osteoporosi.
3. Eseguire studi di imaging in pazienti con lombalgia persistente (>6 settimane) solo dopo che la terapia antalgica si sia rivelata inefficace in previsione di possibili terapie chirurgiche.

Queste raccomandazioni sono da considerarsi valide solo per pazienti ≥ 18 anni escludono quindi la popolazione pediatrica.

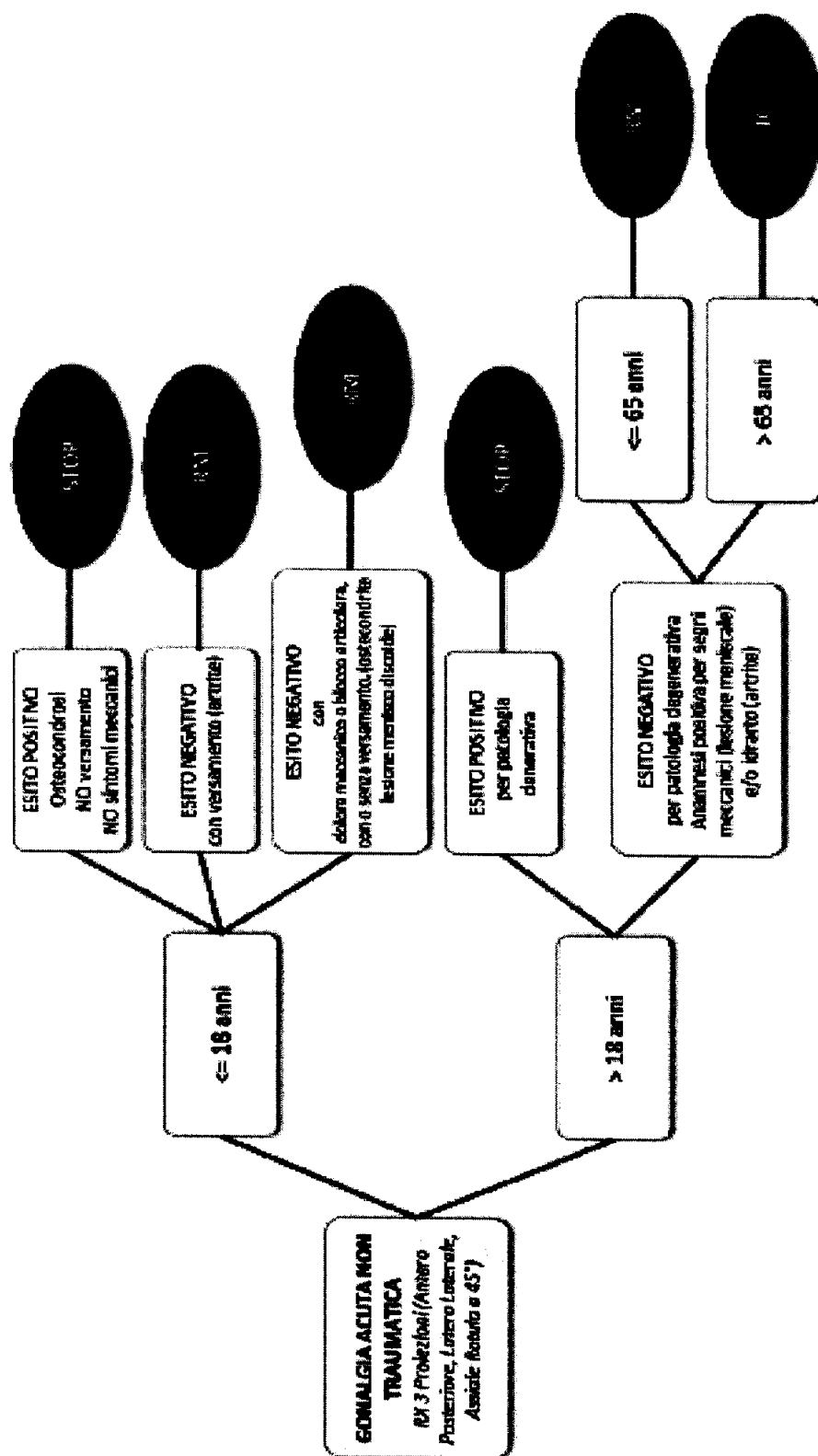
Riferimenti

1. Linee guida della Società Italiana di Radiologia Medica
2. Chou R, Fu R, Carrino JA, et al. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2009;373(9662):463–72.
3. Chou R, Deyo RA, Jarvik JG. Appropriate use of lumbar imaging for evaluation of low back pain. *Radiol Clin N Am* 50 (2012) 569–585
4. Davis PC, Wippold FJ II, Brunberg JA, et al. ACR appropriateness criteria on low back pain. *J Am Coll Radiol* 2009;6:401–7.

QUESTI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER LA LOMBALGIA - LOMBOSCIATALGIA ACUTA

CODICE SSS	DESCR. PRESTAZIONE SSS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
6988931.04	RMN RACHIDE LOMBOSACRALE CON E SENZA CONTRASTO	Lombalgia/Lombosciatalgia in paziente con neoplasia	Lombalgia/Lombosciatalgia in paziente con sospetto clinico di infezione	Lombalgia/Lombosciatalgia in paziente con deficit neurologici severi e/o progressivi
698893.03	RMN RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO	Lombalgia/Lombosciatalgia, terapia antalgica inefficace in paziente <=50 aa	Lombalgia/Lombosciatalgia, terapia antalgica inefficace, TC esito non conclusiva in paz >50 aa	
CODICE SSS	DESCR. PRESTAZIONE SSS	Quesito 1	Quesito 2	
6988381.03	TAC RACHIDE LOMBOSACRALE SENZA CONTRASTO (S METAMERI E 2 SPAZI)	Lombalgia/Lombosciatalgia, terapia antalgica inefficace per almeno 6 sett. in paziente >50 aa	Lombalgia/Lombosciatalgia, fattori rischio per fratture anche in assenza di traumi evidenti	
6988903	TAC RACHIDE: METAMERO AGGIUNTIVO	Lombalgia/Lombosciatalgia, terapia antalgica inefficace per almeno 6 sett. in paziente >50 aa	Lombalgia/Lombosciatalgia, fattori rischio per fratture anche in assenza di traumi evidenti	

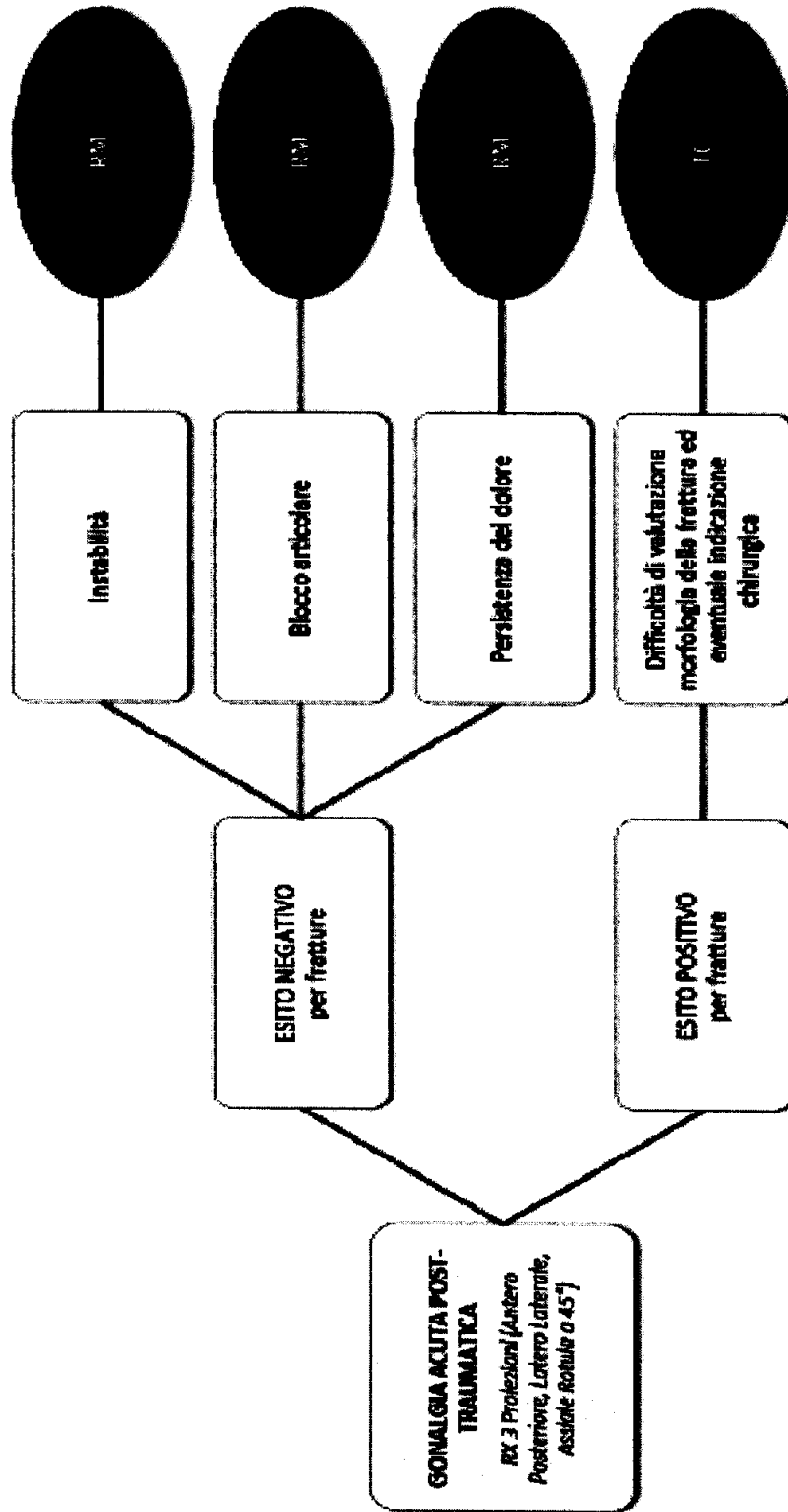
2. GONALGIA ACUTA NON TRAUMATICA



QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER LA GONALGIA ACUTA NON TRAUMATICA

CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3	Quesito 4	Quesito 5
6988941.10	RMN GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta non traumatica, RX negativo con versamento in paziente ≤18 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg. con dolore sotto carico in paziente ≤18 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg. con blocco articolare in paziente ≤18 aa	Gonalgia acuta non traum, RX neg per patologia degenerativa, sosp lesione menisco, paz 19- 65 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg per patologia degenerativa, presenza idrarto, paz 19-65 aa
6988941.11	RMN GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta non traumatica, RX negativo con versamento in paziente ≤18 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg. con dolore sotto carico in paziente ≤18 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg. con blocco articolare in paziente ≤18 aa	Gonalgia acuta non traum, RX neg per patologia degenerativa, sosp lesione menisco, paz 19- 65 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg per patologia degenerativa, presenza idrarto, paz 19-65 aa
6988386.03	TAC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg per patologia degenerativa, sosp. lesione menisco, paz >65 aa	Quesito 2			
6988386.04	TAC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg per patologia degenerativa, sosp lesione menisco, paz >65 aa	Gonalgia acuta non traumatica, RX neg per pat degenerativa, presenza idrarto, paz > 65 aa			

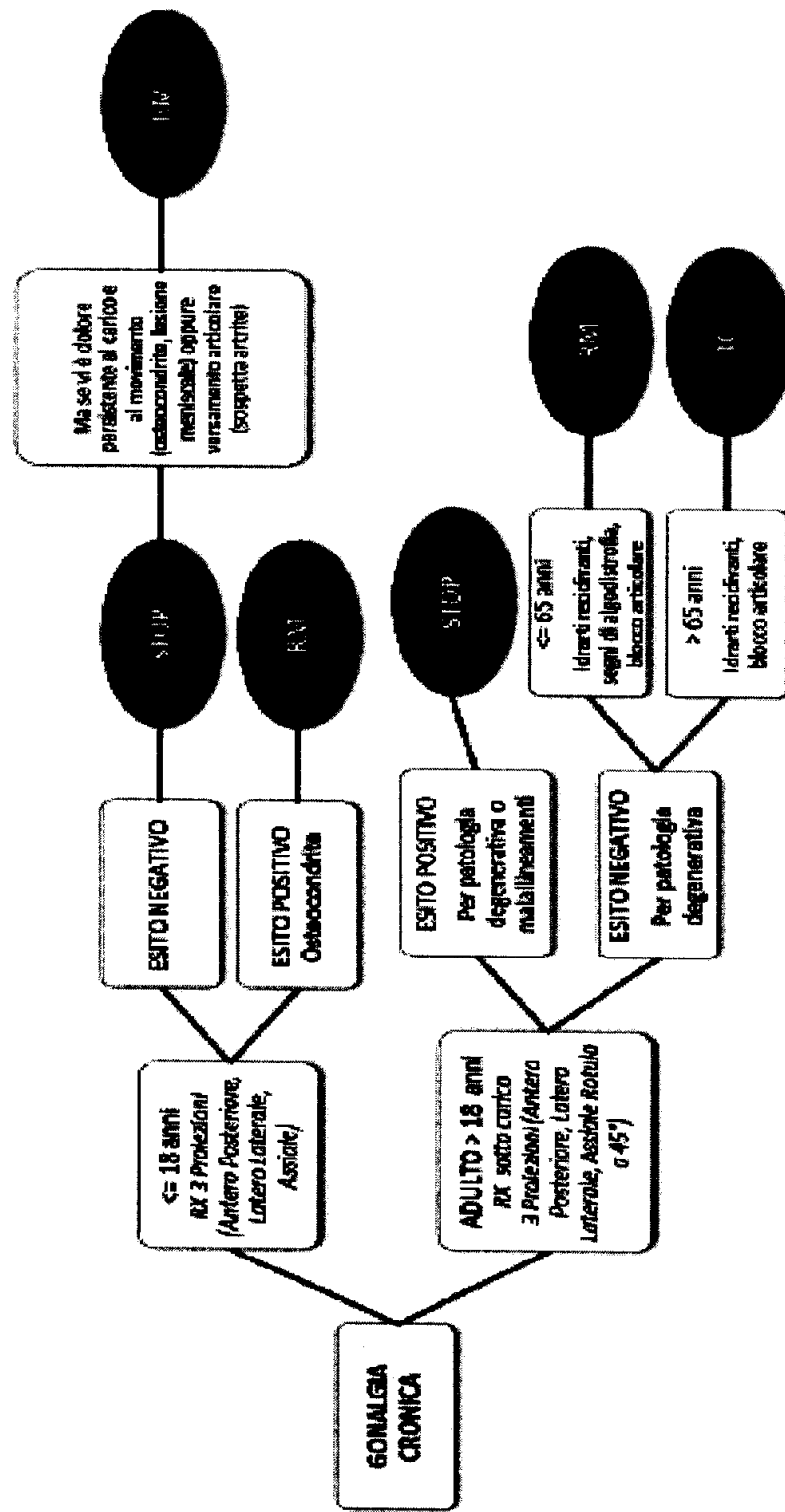
3. GONALGIA ACUTA POST-TRAUMATICA



QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER LA GONALGIA ACUTA POST TRAUMATICA

CODICE SIS	DESL. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3
6988941.10	RMN GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta post traumatica, RX neg. per frattura, persiste instabilità del ginocchio	Gonalgia acuta post traumatica, RX neg. per frattura, persiste dolore al ginocchio	Gonalgia acuta post traumatica, RX neg. per frattura, presente blocco articolare
6988941.11	RMN GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta post traumatica, RX neg. per frattura, persiste instabilità del ginocchio	Gonalgia acuta post traumatica, RX neg. per frattura, persiste dolore al ginocchio	Gonalgia acuta post traumatica, RX neg. per frattura, presente blocco articolare
CODICE SIS	DESL. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1		
6988386.03	TAC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta post traumatica, RX posit. per frattura, per valutazione morfologia frattura		
6988386.04	TAC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO	Gonalgia acuta post traumatica, RX posit. per frattura, per valutazione morfologia frattura		

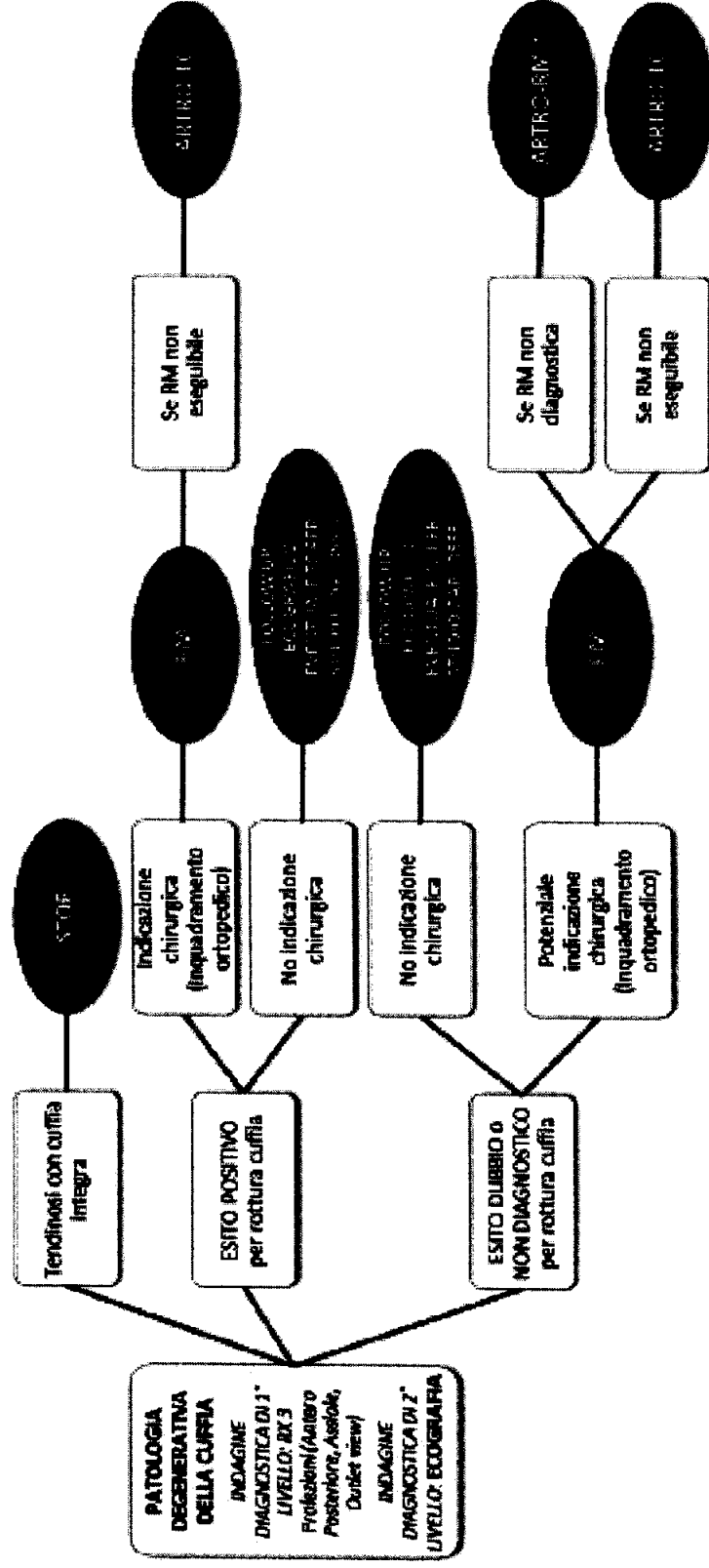
4. GONALGIA CRONICA



QUESTI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER LA GONALGIA CRONICA

CODICE SIS	DECL. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1	Quesito 2	Quesito 3	Quesito 4	Quesito 5	Quesito 6
6988941.10	RMN GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	Gonalgia cronica, RX positiva per ostecondrite in paziente <= 18 aa	Gonalgia cronica, RX neg. con dolore persistente sotto carico in paziente <= 18 aa	Gonalgia cronica, RX neg. con versamento articolare in paziente <= 18 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patol degenerativa, con iduriti recidivanti, in paz 19-65 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patologia degenerativa, con algodistrofia, in paz 19-65 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patol degenerativa, con blocco articolare, in paz 19-65 aa
6988941.11	RMN GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO	Gonalgia cronica, RX positiva per ostecondrite in paziente <= 18 aa	Gonalgia cronica, RX neg. con dolore persistente sotto carico in paziente <= 18 aa	Gonalgia cronica, RX neg. con versamento articolare in paziente <= 18 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patol degenerativa, con iduriti recidivanti, in paz 19-65 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patologia degenerativa, con algodistrofia, in paz 19-65 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patol degenerativa, con blocco articolare, in paz 19-65 aa
6988386.03	TAC GINOCCHIO/GAMBA DX SENZA CONTRASTO	Gonalgia cronica, RX neg per patologia degenerativa, con iduriti recidivanti, in paz > 65 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patologia degenerativa, con blocco articolare, in paz > 65 aa				
6988386.04	TAC GINOCCHIO/GAMBA SX SENZA CONTRASTO	Gonalgia cronica, RX neg per patologia degenerativa, con iduriti recidivanti, in paz > 65 aa	Gonalgia cronica, RX neg per patologia degenerativa, con blocco articolare, in paz > 65 aa				

5. PATOLOGIA DEGENERATIVA DELLA CUFFIA

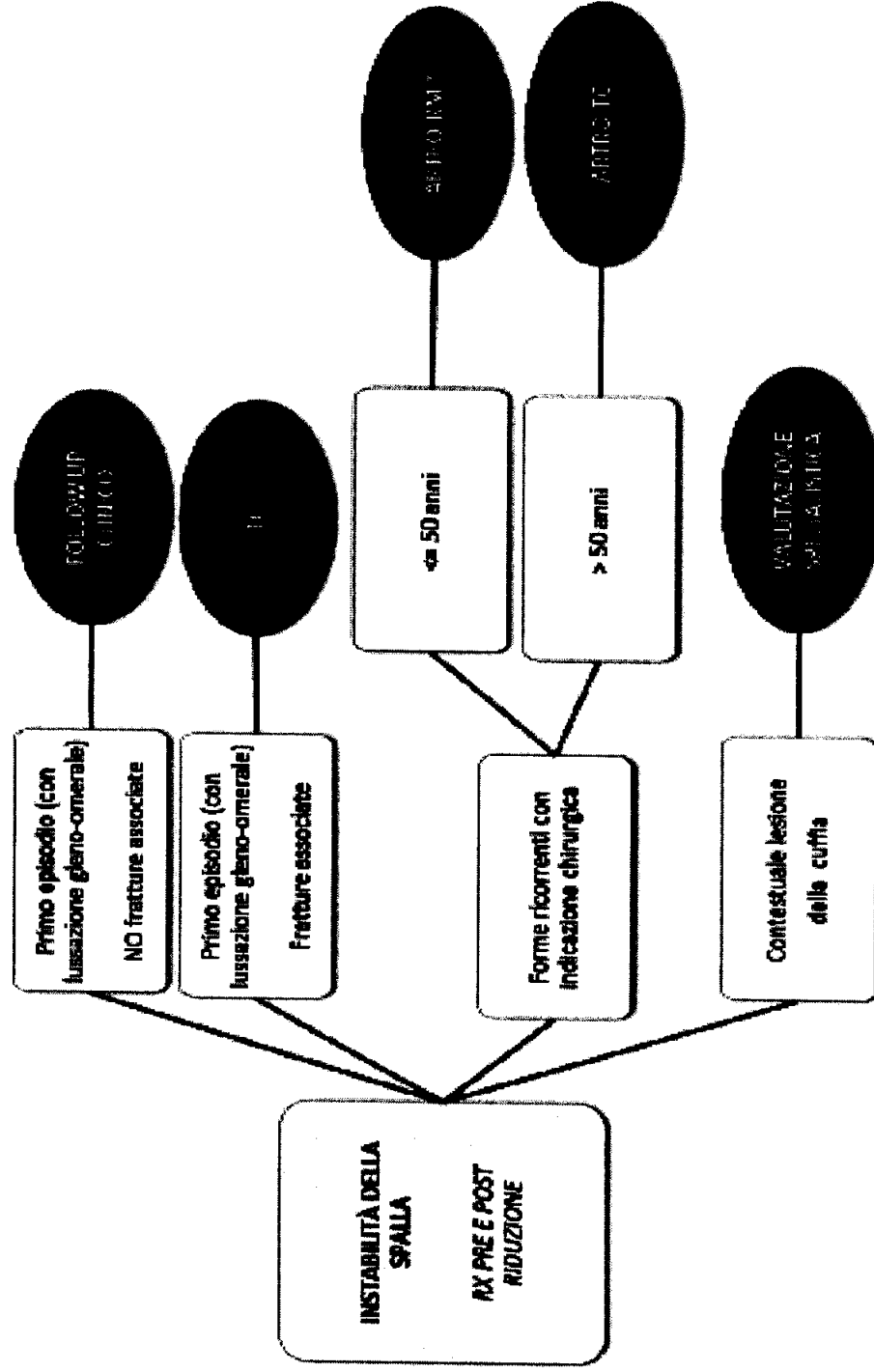


* ARTRO-IRM: Prestazione ambulatoriale di prossima introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale

QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER LA PATOLOGIA DEGENERATIVA DELLA CUFFIA

CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1	Quesito 2
6988941.D1	RMN SPALLA/BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	ECOGRAFIA diagnostica per rottura cuffia rotatori in paziente con indicazione chirurgica	ECOGRAFIA con sospetta lesione cuffia rotatori in paz con potenziale indicaz chirurgica
6988941.D2	RMN SPALLA/BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	ECOGRAFIA diagnostica per rottura cuffia rotatori in paziente con indicazione chirurgica	ECOGRAFIA con sospetta lesione cuffia rotatori in paz con potenziale indicaz chirurgica
CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1	Quesito 2
6988388.D1	ARTRO-TAC SPALLA DX	ECOGRAFIA diagnostica per rottura cuffia rotatori, indicaz chirurgica. RMN non eseguibile	ECO con sosp lesione cuffia rotatori in paz con potenziale indicaz chir(RM non eseguibile)
6988388.D2	ARTRO-TAC SPALLA SX	ECOGRAFIA diagnostica per rottura cuffia rotatori, indicaz chirurgica. RMN non eseguibile	ECO con sosp lesione cuffia rotatori in paz con potenziale indicaz chir(RM non eseguibile)
CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1	
Codice di prossima introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale	ARTRO RM	ECO e RM dubbie per lesione cuffia rotatori in paz con potenziale indicazione chirurgica	

6. INSTABILITÀ DELLA SPALLA

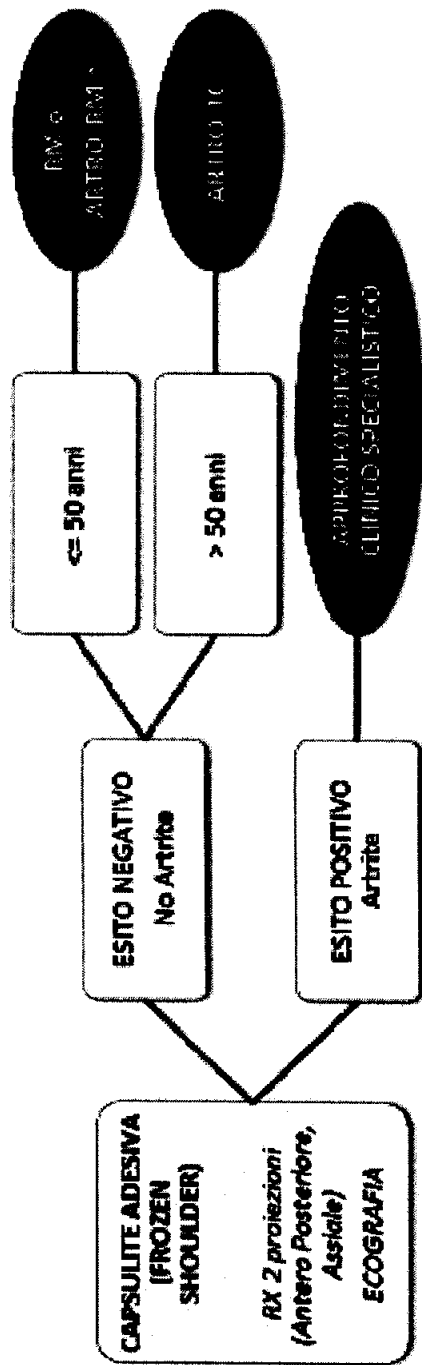


• ARTRO-RM: Prestazione ambulatoriale di prossima introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale

QUESITI DIAGNOSTICI CODIFICATI PER L'INSTABILITÀ DELLA SPALLA

CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1
6983363.D1	TAC SPALLA/BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	Lussazione della spalla con frattura associata
6983363.D2	TAC SPALLA/BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	Lussazione della spalla con frattura associata
CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1
6983368.D1	ARTRO-TAC SPALLA DX	Lussazione ricorrente spalla con indicazione chirurgica, RX negativo in paziente > 50 aa
6983368.D2	ARTRO-TAC SPALLA SX	Lussazione ricorrente spalla con indicazione chirurgica, RX negativo in paziente > 50 aa
CODICE SIS	DESCR. PRESTAZIONE SIS	Quesito 1
Codice di prossima introduzione nel Nomenclatore Territoriale Regionale	ARTRO RM	Lussazione ricorrente spalla con indicazione chirurgica, RX negativo in paziente <=50 aa

7. CAPSULITE ADESIVA (FROZEN SHOULDER)



▪ ARTRO-RM: Prestazione ambulatoriale di prossima introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale

QUESTI DIAGNOSTICI CONFERMATI PER LA CAPSULITE ADESIVA (FROZEN SHOULDER)

CODICE SSIS	DESCR. PRESTAZIONE SSIS	Questio 1
6988941.01	RMN SPALLA/BRACCIO DX SENZA CONTRASTO	Rx/ECO negative con sospetta capsulite adesiva in paziente ≤50 aa
6988941.02	RMN SPALLA/BRACCIO SX SENZA CONTRASTO	Rx/ECO negative con sospetta capsulite adesiva in paziente ≤50 aa
Codice di prossima introduzione nel Nomenclatore Tariffario Regionale	ARTRO RM	Rx/ECO negative con sospetta capsulite adesiva in paziente ≤50 aa
CODICE SSIS	DESCR. PRESTAZIONE SSIS	Questio 1
6988368.01	ARTRO-TAC SPALLA DX	Rx/ECO negative con sospetta capsulite adesiva in paziente >50 aa
6988368.02	ARTRO-TAC SPALLA SX	Rx/ECO negative con sospetta capsulite adesiva in paziente >50 aa