



DIREZIONE REGIONALE SALUTE E POLITICHE SOCIALI  
AREA SERVIZIO INFORMATIVO SOCIO SANITARIO

**Manuale di applicazione  
del Catalogo Unico Regionale (CUR)  
delle prestazioni specialistiche  
prescrivibili**

**Versione 1.0 del 15 marzo 2017**

## Premessa

Con l'avvio della ricetta specialistica in modalità “dematerializzata” viene introdotto il Catalogo Unico Regionale (CUR) quale unico elenco delle prestazioni prescrivibili a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR), pubblicato con DCA 109/2016 “*Adozione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili per l'avvio delle prescrizioni dematerializzate su tutto il territorio della Regione Lazio*”. [1]

Il DM del 2 Novembre 2011 [2] prevede infatti che la ricetta cartacea venga sostituita dalla ricetta elettronica generata dal medico prescrittore.

L'adozione del CUR si è resa necessaria per facilitare ai medici prescrittori l'individuazione delle prestazioni specialistiche ed i relativi codici da riportare nelle prescrizioni nelle impegnative digitalizzate (dematerializzata), e migliorare l'appropriatezza prescrittiva, uniformando i contenuti e la gestione della prescrizione su tutto il territorio della Regione Lazio.

Il Catalogo è uno strumento aggiuntivo rispetto al Nomenclatore Tariffario Regionale che rimane lo strumento di riferimento per il rimborso delle prestazioni e la compartecipazione da parte degli assistiti.

Il CUR delle prestazioni prescrivibili è stato predisposto da un Gruppo di Lavoro *ad hoc* istituito dalla Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali (Det. n. G12212 del 12/10/2015 e aggiornato con Det n. G10536 del 20/09/2016), che continua a svolgere la propria attività, raccogliendo ed esaminando osservazioni e suggerimenti finalizzati al miglioramento del CUR.

Il presente manuale si propone di fornire alcune indicazioni sull'appropriato utilizzo del Catalogo per la prescrizione di prestazioni specialistiche.

Il primo tema affrontato è quello relativo alla prescrizione delle visite specialistiche. Si tratta di un *work in progress*, cui seguiranno *ulteriori sviluppi/ aggiornamenti* su altri aspetti/ tematiche/ problematiche correlate all'uso del CUR.

## Norme e regole per la prescrizione medica

Si ricordano alcune norme, già previste per la prescrizione medica cartacea, che vengono mantenute con l'introduzione della ricetta dematerializzata:

- In ogni ricetta possono essere prescritte fino ad un massimo di otto prestazioni della medesima branca, escludendo dal conteggio i prelievi che devono comunque essere riportati in ricetta [3]
- Non possono essere prescritte, in un'unica ricetta, prestazioni afferenti a branche diverse [3- 6]
- Nella stessa ricetta non possono essere prescritte prestazioni erogabili in regime di esenzione dal ticket insieme ad altre prestazioni non esenti.

Il medico prescrittore è inoltre tenuto a segnalare l'eventuale classe di priorità della prestazione, contestualmente al quesito diagnostico, secondo quanto previsto dal DCA 437 del 28 ottobre 2013 *"Piano regionale per il governo delle liste di attesa 2013 – 2015"* e dal DCA 211 del 10 giugno 2016 *"DCA 28 ottobre 2013, n. 437 "Piano Regionale per il governo delle liste di attesa 2013 -15". Approvazione delle "Linee guida per l'attribuzione della classe di priorità nelle prescrizioni di specialistica ambulatoriale"*.

Si ricorda infine che il prescrittore è tenuto ad indicare il Determinante clinico/Quesito diagnostico, laddove previsto dalla normativa regionale vigente [7], utilizzando il codice ICD-9-CM.

## Nomenclatore delle prestazioni specialistiche ambulatoriali

Si richiamano le informazioni del Ministero fornite con la Circolare ministeriale del 1 aprile 1997 [8] che hanno dato le prime indicazioni per l'applicazione del Decreto ministeriale 22 luglio 1996 *"Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale e relative tariffe"* in particolare sulla definizione e il significato della Branca Specialistica:

*“L'allegato n. 3 contiene l'accorpamento delle prestazioni erogabili secondo le **branche specialistiche** già presenti nel decreto ministeriale 7 novembre 1991. Tale accorpamento è da intendersi finalizzato esclusivamente all'applicazione delle disposizioni della legge 25 gennaio 1990, n. 8, come modificata dall'articolo 2 della legge 23 dicembre 1994, n.724, in materia di limiti di prescrivibilità per ricetta e di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini. (...)*

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

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

*Inoltre si rammenta in particolare che “la descrizione delle prestazioni non prevede né la **finalizzazione della procedura** (ad esempio: “per errori del metabolismo”, “per medicina dello sport”, etc), né la **tipologia del soggetto** al quale la prestazione viene praticata: adulto, bambino, collaborante, non collaborante, etc. Pertanto, qualora fossero riportate nella prescrizione, tali specificazioni **non** possono influire sull'identificazione della prestazione corrispondente e, quindi, della relativa tariffa”.*

## Catalogo Unico Regionale del Lazio

Il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale riporta le prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche che il Servizio Sanitario Regionale (SSR) garantisce.

Il riferimento per l'identificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, prescrivibili ed erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), è costituito dall'Allegato 1 del DM del 22 luglio 1996, i cui contenuti sono stati recepiti dalla Regione Lazio con DGR n 9376/97 e successive modifiche e integrazioni [9]. A livello nazionale e regionale sono state prodotte specifiche linee guida per l'applicazione del DM del 22 luglio 1996 [8, 10].

Il CUR non si sostituisce al Nomenclatore Tariffario Regionale, bensì lo affianca e lo integra fornendo tutte le specifiche (ad esempio relative alla lateralità, alla proiezione, alla metodologia di analisi) necessarie per quelle prestazioni che il Nomenclatore non descrive in maniera esaustiva ed univoca.

In sintesi, il Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale riporta le prestazioni specialistiche, diagnostiche e terapeutiche che il SSR garantisce; il CUR riporta, per ciascuna di queste prestazioni, tutte le voci che possono singolarmente essere prescritte nella ricetta.

Pertanto negli applicativi regionali di prescrizione elettronica/dematerializzata, compresi quelli dei MMG e PLS che rispettano le normative nazionali/regionali, le prestazioni vengono codificate secondo i codici presenti nel CUR, consentendo a tutte le strutture erogatrici (quindi anche ai centri privati accreditati) di individuare in maniera univoca e senza ambiguità la prestazione da erogare. In linea generale, le prestazioni diagnostiche e strumentali, gli esami ematochimici e le prestazioni riferibili a visite (prime visite e follow up) trovano nel CUR un maggior grado di dettaglio rispetto al Nomenclatore.

Partendo dalle prestazioni del Nomenclatore regionale (chiamate prestazioni *padre*) sono state create, quando necessario, delle sottocategorie (chiamate prestazioni *figlie*).

Il CUR, pubblicato con DCA 109/2016 [1] e aggiornato con la Determinazione G00293 del 16/01/2017, è disponibile sul sito [www.poslazio.it/dematerializzata](http://www.poslazio.it/dematerializzata).

## Tracciato record

Viene di seguito descritto il contenuto e il significato delle singole colonne del CUR.

- La colonna **A – CODICE NTR RL** contiene i codici delle prestazioni presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) (DGR 1059/1998 e successive modifiche e integrazioni);
- La colonna **B – DESCRIZIONE CODICE NTR RL** contiene le descrizioni delle prestazioni presenti nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) (DGR 1059/1998 e successive modifiche e integrazioni);
- La colonna **C – DESCRIZIONE PADRE** contiene le descrizioni “PADRE” delle prestazioni;
- La colonna **D – DESCRIZIONE FIGLI** riporta, quando presenti, le descrizioni delle prestazioni come dettaglio delle prestazioni padre, denominate “FIGLI”.
- La colonna **E - N. PROGRESSIVO** riporta un numero progressivo a partire dal numero “0”. Tale numero è necessario per identificare in modo univoco la singola prestazione. In particolare:
  - Le prestazioni del NTR che non sono state dettagliate con dei figli sono identificate da un codice progressivo “0” e sono prescrivibili con la dicitura presente nella colonna C che richiama quella del NTR;
  - Le prestazioni padri che sono state dettagliate con dei figli sono identificate da un codice progressivo “1”, il quale indica che tale prestazione è prescrivibile solo mediante le diciture dei relativi figli, descritti nella colonna D. Di conseguenza, in corrispondenza di N. PROGRESSIVO = 1, il relativo CODICE CUR non è stato costituito. Esistono dei casi particolari in cui una prestazione presente nel NTR non prevede figli ma le è stato associato il numero progressivo “1”. Questo permette di non eliminare dal CUR una prestazione del NTR, ma di renderla non prescrivibile (ad esempio perché obsoleta);
  - I figli delle prestazioni padri sono identificate da un numero progressivo a partire dal numero “2” (colonna E).
- La colonna **F – CODICE CUR** riporta il codice del CUR del Lazio della singola prestazione, così composto:

CODICE CUR=CODICE NTR\_N. PROGRESSIVO

che corrisponde alla combinazione delle colonne: A\_E.

- La colonna **G – COMPATIBILITA'** riporta la compatibilità di prescrizione, all'interno della medesima ricetta, tra figli di uno stesso padre. I figli seguono la regola di prescrivibilità reciproca nel modo seguente:

- I figli associati a lettere uguali (es. B) non sono prescrivibili nella stessa ricetta;
- I figli associati a lettere diverse (es. B, C, etc.) possono essere prescritti nella stessa ricetta;
- La lettera A è utilizzata per i padri senza figli.

- La colonna **H - PESO** riporta i pesi da assegnare a ciascuna prestazione. Tali pesi sono necessari per la compilazione corretta della prescrizione, nel rispetto delle regole regionali/nazionali.

Il peso può assumere i valori per le prestazioni specialistiche:

- "0" per indicare una prestazione ciclica cioè erogabile in più sedute;
- "1" per indicare la prestazione erogata in una unica seduta.

- Le colonne **I...L – BRANCA** contengono le codifiche delle branche di appartenenza delle prestazioni così come riportate nel NTR. La codifica e la descrizione delle branche è riportata nel relativo foglio di lavoro "Legenda Branche".

- La colonna **M – INCOMPATIBILTA' CON ALTRI CODICI** contiene l'indicazione dei codici NTR che presentano una incompatibilità prescrittiva con il codice indicato. Nel caso sia indicato il codice del NTR è da intendersi l'incompatibilità estesa con tutti i figli, in modo congruente a quanto indicato nel NTR. Ne consegue che le prestazioni (sia padre che figlie) riferibili al/ai codici presenti nella colonna O non potranno essere inserite nella stessa ricetta della prestazione in esame.

- La colonna **N – INCLUSIONI** indica quali sono le prestazioni già incluse in quelle prescritte (come da NTR) e che quindi non devono essere previste in aggiunta nella stessa ricetta.

- La colonna **O – NOTE E CONDIZIONI DI EROGABILITA' PARTICOLARI** contiene la descrizione di particolari condizioni a cui è obbligatorio attenersi per la prescrizione della prestazione padre e per ogni eventuale relativo figlio.

- La colonna **P – N. SEDUTE CICLO** indica il numero di sedute consigliate in un ciclo, viene valorizzato solo nel caso di prestazioni cicliche.
- La colonna **Q – TARIFFA** contiene la tariffa che deve essere associata alla prestazione. Si precisa che la tariffa riportata nel CUR del Lazio è solo la trascrizione di quanto contenuto nel Nomenclatore Tariffario Regionale, documento che rimane di riferimento per questo dato.
- La colonna **R – STAMPA** contiene la descrizione della prestazione in versione stampabile, ovvero avente lunghezza massima compatibile per la stampa sui supporti cartacei previsti, così come concordato a livello regionale.
- La colonna **S – NOTE** contiene note aggiuntive.



## Visite specialistiche

La richiesta di “visita specialistica” ha funzione di consulenza diagnostica o terapeutica e quindi deve essere corredata dal quesito diagnostico o dalla diagnosi. Una volta effettuato l'accertamento, il medico specialista consegna al paziente, in busta chiusa, per il suo medico curante, le conclusioni diagnostiche ed i consigli terapeutici. Qualora lo specialista ritenga necessarie ulteriori indagini, per assolvere al compito di consulenza, formula direttamente le relative richieste dematerializzate, laddove abilitato.

In una ricetta possono essere prescritte una sola visita specialistica e le prestazioni relative al quesito diagnostico/diagnosi afferenti alla medesima branca, mantenendo il limite delle otto prestazioni per ricetta (compresa la visita). [5]

Si sottolinea che l'“anamnesi” costituisce parte integrante della visita, non è soggetta a differente codifica, né può dare luogo a tariffazione aggiuntiva ma è a tutti gli effetti compresa nelle visite, sia la prima che quella di controllo.

Le visite, quindi i codici e le relative tariffe, possono comprendere anche l'esecuzione di semplici manovre manuali o basate sull'utilizzo di strumenti non complessi, quali, ad esempio, laringoscopia indiretta, che quindi non dovranno essere codificate se eseguite durante la visita.

Nel Nomenclatore tariffario:

- La prestazione “89.7 VISITA GENERALE – Visita specialistica. Prima visita - Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita oculistica (95.02)” definisce la visita specialistica in cui viene affrontato per la prima volta un preciso problema del paziente (patologia identificata, sintomo o segno) tale da motivare il suo ricorso alla struttura ambulatoriale specialistica ed in cui viene predisposta una documentazione scritta;

- La prestazione “89.01 ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI – Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima, per tutte le branche specialistiche - Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgia, prenatale, NAS – Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia – Consulenza genetica – Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per

*deterioramento intellettuale, esame del Neglect; esame psicodiagnostico – Visita di sorveglianza terapia anticoagulante*” definisce la visita nella quale un problema già noto viene rivalutato o viene modificata la documentazione relativa già esistente, indipendentemente dal tempo trascorso dalla prima visita.

L'erogazione della/e visita/e successiva/e alla prima cessa con la conclusione dell'iter diagnostico terapeutico che ha portato il paziente a fruire della prestazione. Le visite, successive alla prima, di un paziente con patologia cronica, per lo stesso problema, vanno sempre considerate come visite di controllo.

Il Nomenclatore prevede, inoltre, per alcune branche uno specifico codice identificativo per la prima visita: “89.13 VISITA NEUROLOGICA”, “89.26 VISITA GINECOLOGICA”, “95.02 VISITA OCULISTICA”.

La Circolare del Ministero della Salute prot. n. 12830/100/DGPS/4 del 08/10/2001 chiarisce, in riferimento alla visita oculistica, che:

- la prestazione “95.02 ESAME COMPLESSIVO DELL’OCCHIO – *Visita oculistica, esame dell’occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo*” è riferita alla prima visita specialistica completa, all’interno della quale vengono eseguite tutte le procedure necessarie a rendere tale visita esaustiva, con riferimento allo specifico caso clinico.
- Le procedure elencate all’interno del codice 95 (es. “95.09.1 ESAME DEL FUNDUS OCULI”; “95.26 TONOGRAMMA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA”), quando effettuate come parte della prima visita specialistica, non possono essere codificate in aggiunta.

Se, invece, tali procedure vengono eseguite in tempi diversi, in base ai criteri di appropriatezza clinica e in relazione alle esigenze dell’assistito, sono soggette ad una autonoma codifica e, quindi, ad una corrispondente tariffazione.

- la prestazione “95.01 ESAME PARZIALE DELL’OCCHIO” – *Esame dell’occhio con prescrizione di lenti*” è assimilabile ad una visita oculistica di controllo, non esclusivamente limitata alla sola prescrizione di lenti, all’interno della quale vanno eseguite tutte le procedure necessarie a rendere tale visita esaustiva rispetto all’obiettivo.

La visita oculistica di controllo è stata inserita nel CUR come figlia della prestazione 89.01 e per uniformità prescrittiva il gruppo di lavoro ha deciso di renderla non prescrivibile con il codice 95.01.

Per indirizzare in maniera opportuna il percorso di prenotazione sono necessarie ulteriori informazioni come il quesito diagnostico (da apporre a cura del prescrittore secondo la descrizione ICD-9-CM e/o la relativa codifica), insieme al sesso e all'età del paziente (già presenti nel Codice Fiscale) che diventano quindi elementi fondamentali e di orientamento per la prenotazione stessa.

Ad esempio nel CUR e quindi negli applicativi di prescrizione non è presente la voce "visita diabetologica", ma si può prescrivere la visita endocrinologica o internistica associandola ad una diagnosi di diabete. Analogamente le visite "dietologica" o "nutrizionale" non sono presenti nel CUR ma sono prescrivibili come visita endocrinologica o internistica con una indicazione di obesità o dimagrimento o altro da inserire nel quesito diagnostico. La visita "epatologica", pur non essendo stata codificata con un codice a sé stante, può essere richiesta/prenotata come una visita gastroenterologica o internistica con una diagnosi/sospetto diagnostico di patologia epatica.

Allo stesso modo, nel CUR non è stata aggiunta alle visite la "visita gastroenterologica pediatrica" in quanto è possibile prescrivere la visita gastroenterologica e, basandosi sull'età del paziente, può essere effettuata la prenotazione nell'ambulatorio opportuno.

Ciò consente ai CUP di accettare correttamente l'impegnativa ed indirizzarla secondo il percorso desiderato, in quanto ciascuna azienda ha già provveduto ad organizzare le prestazioni che vengono erogate, e le relative agende, secondo le codifiche del CUR.

Rimane sempre possibile utilizzare gli appositi campi descrittivi (es. note) per fornire indicazioni/precisazioni aggiuntive (campi che devono essere previsti nei software gestionali).

## Riferimenti

1. DCA 11 aprile 2016, n. 109 “Adozione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili per l'avvio delle prescrizioni dematerializzate su tutto il territorio della Regione Lazio”
2. Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 2 novembre 2011, Dematerializzazione della ricetta medica cartacea, di cui all'articolo 11, comma 16, del decreto-legge n. 78 del 2010 (Progetto Tessera Sanitaria). Gazzetta Ufficiale n. 264 del 12 novembre 2011
3. L 27 dicembre 1997, n. 449 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”. GU 30 dicembre 1997, n. 302, SO n. 255.
4. Circ. Min. 1 aprile 1997 prot. n. 21.4075/100/SCPS “Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996, con allegati”;
5. L 24 dicembre 1993, n. 537 “Interventi correttivi di finanza pubblica”. GU 28 dicembre 1993, n. 303, SO n. 121;
6. DM 28 maggio 1999, n. 329 “Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del D.Lgs. 29 aprile 1998, n. 124.” GU 25 settembre 1999, n. 226.
7. DCA 30 settembre 2010, n. 82 “Chiarimenti, integrazioni e modifiche al Piano Sanitario Regionale 2010 – 2012 di cui al decreto del Commissario ad acta n. 87/2009”
8. Circolare Ministero della Sanità n. 100/SCPS/21.4075 del 01/04/1997 “Trasmissione delle prime indicazioni per l'applicazione del D.M. 22/07/1996”
9. DGR 30 dicembre 1997, n. 9376 “Approvazione nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del S.S.R. e relative tariffe”;
10. LAZIOSANITÀ - Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Linee guida per l'applicazione del Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale nel Lazio, Prima edizione: ottobre 2011