

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Premesso:

che le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito della Regione sono state individuate con provvedimento deliberativo n. 410 del 25 marzo 1997, "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe", successivamente aggiornato con DGR n. 593 del 1 marzo 2000 "Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale";

che con tali provvedimenti si è proceduto ad una elencazione delle prestazioni rientranti in tale tipologia di assistenza, elencazione tratta prevalentemente dal D.M. 22 luglio 1996, recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario nazionale e relative tariffe" e che successivamente, con propria delibera n. 2354 del 5.11.2001 avente per oggetto "Adeguamento all'introduzione all'Euro dei tariffari per "prestazioni ambulatoriali" e per "prestazioni rese dal dipartimento di sanità pubblica e dall'ARPA", si è provveduto alla definizione delle tariffe in Euro;

che l'aggiornamento delle prestazioni incluse nel nomenclatore è stato assicurato per le prestazioni consistenti in varianti di procedure già esistenti, facendo prevalentemente ricorso al criterio dell'assimilazione ad altre prestazioni, limitando in tal modo l'introduzione di nuove voci ai soli casi assolutamente indispensabili in quanto aventi contenuto effettivamente diverso;

Preso atto tuttavia:

che l'evoluzione tecnologica e scientifica comporta innovazioni continue specialmente in ambito diagnostico e terapeutico e, mettendo sistematicamente a disposizione nuove tipologie di prestazioni, a distanza di oltre sei anni dall'emanazione del richiamato decreto nazionale con riferimento al quale è stato costruito il nomenclatore delle prestazioni erogabili nella regione, determina la necessità di introdurre nuove voci, non essendo più sufficiente né adeguato l'ulteriore ricorso al criterio dell'assimilazione;

che si rende quindi improcrastinabile procedere all'aggiornamento del nomenclatore e ad una sua integrazione facendo ricorso al criterio dell'assimilazione per talune voci e, per altre, all'introduzione di nuove voci, sia pur limitatamente a casi particolari;

che al fine di acquisire gli elementi di natura tecnica ed economica indispensabili per effettuare le opportune valutazioni di rispondenza a criteri di appropriatezza, di efficacia clinica e di impatto organizzativo sulle strutture e sui comportamenti prescrittivi (con particolare riferimento alla possibilità di ridurre i consumi inappropriati di prestazioni), nonché di analisi dei costi in relazione ai fattori produttivi impegnati, si è dato vita ad un gruppo di lavoro il quale, acquisiti gli elementi necessari da parte di un congruo numero di strutture erogatrici, ha elaborato il documento tecnico allegato al presente atto (allegati n. 1 e n. 2);

Visto il D.M. 15 aprile 1994 "Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera" che all'art. 3, comma 6, prevede che "le regioni e le province autonome, con periodicità almeno triennale, provvedono all'aggiornamento delle tariffe tenendo conto delle innovazioni tecnologiche e delle variazioni dei costi delle prestazioni rilevate";

Visto l'art. 35, comma 3, della Legge n. 449 del 27 dicembre 1997;

Richiamato il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", allegato C;

Ritenuto di fare proprie le argomentazioni di natura tecnica e le risultanze di natura economica desumibili dal documento richiamato, stabilendo pertanto di aggiornare il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale mediante:

1. all'inserimento, nel nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica, delle seguenti prestazioni, finora incluse tra le prestazioni di ricovero remunerate con il sistema a DRG, elencate nell'allegato n. 2 con i relativi codici e tariffe e contrassegnate con la lettera "I";

1.1 **Intervento di liberazione del tunnel carpale,**

1.2 **Intervento di facoemulsione ed aspirazione di cataratta;**

2. all'introduzione nel nomenclatore-tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica delle seguenti **nuove** prestazioni, elencate nell'allegato n. 2 con i relativi codici e tariffe e contrassegnate con la lettera "I";

2.1 Valutazione funzionale complessa delle disabilità

neuromotorie infantili

2.2 Valutazione funzionale successiva delle disabilità

neuromotorie infantili

2.3 Trattamento fotodinamico (con Verteporfina)

2.4 Biopsia percutanea mammaria "vacuum assisted"

2.5 Ecoendoscopia

2.6 Test di farmacoresistenza per HIV

2.7 Spettroscopia di Risonanza Magnetica (RM)

3. all'adeguamento tariffario dei seguenti settori o gruppi di prestazioni che presentano, a sei anni dalla definizione delle tariffe, le maggiori divaricazioni in relazione ai costi di produzione, nel frattempo significativamente aumentati per effetto dell'incremento dei vari fattori produttivi, come risulta dalla documentazione fornita dalle Aziende, e/o già disponibile a livello regionale. Le relative motivazioni risultano dai dati della contabilità analitica per centro di costo e dal confronto costi/ricavi per settori specifici di attività, mentre si rinviano eventuali adeguamenti, relativi ad altre tipologie di prestazioni, all'acquisizione di documentazione più analitica e/o all'emanazione di eventuali provvedimenti nazionali.

L'intervento tariffario è stato limitato rivolto principalmente alle prestazioni riguardanti patologie aventi particolare rilevanza sociale, relativamente alle quali il permanere di livelli di remunerazione inadeguati rispetto ai costi avrebbero potuto avere un impatto sui volumi dell'offerta, con ripercussioni negative sia sui tempi di attesa, sia sulla numerosità dei pazienti serviti.

Le prestazioni vengono analiticamente elencate nell'allegato n. 2 con i relativi codici e tariffe e contrassegnate con la lettera "m" (per le visite) o ml (per le altre prestazioni);

3.1 Visite specialistiche

3.2 Dialisi

3.3 Medicina Nucleare

3.4 Anatomia patologica

3.5 Endoscopie

3.6 Radioterapia

3.7 Prestazioni ortopediche

4. l'assimilazione per 16 prestazioni, quali risultano analiticamente riportate con i relativi codici e tariffe, contrassegnate con le lettere "as", nell'allegato n. 2;

Dato atto

che, nonostante l'impegno assunto in sede di Conferenza Permanente Stato Regioni, con l'Accordo del 22 novembre 2001, di "apportare entro il 31 marzo 2002 modifiche al nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale", alla data odierna non si è provveduto in merito per cui si rende necessario intervenire, sia pure limitatamente ai casi e per le motivazioni sopra evidenziate, stabilendo fin d'ora, tuttavia, un adeguamento a quanto eventualmente disposto dal previsto provvedimento nazionale;

che, comunque, i contenuti del presente atto riguardano - in termini parziali - solo le tipologie di prestazioni descritte in precedenza, mentre il problema connesso in particolare all'analisi dell'incremento dei costi relativi al personale e al materiale di consumo impiegati assume valenza più ampia, riferibile ad un maggior numero di discipline specialistiche, e che di conseguenza è opportuno prevedere fin d'ora un successivo più complessivo adeguamento da definire in coincidenza con l'emanazione del citato provvedimento nazionale, o anche indipendentemente dallo stesso qualora esso dovesse ulteriormente ritardare, per cui il presente atto assume valenza temporanea;

che il presente provvedimento viene assunto, oltre che per le motivazioni che precedono, anche in virtù della potestà regolamentare attribuita alle Regioni dalla Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, fermo restando il rispetto del principio posto dalla normativa nazionale in materia di determinazione delle quote massime di partecipazione alla spesa e di individuazione dei soggetti esentati dalla partecipazione stessa;

Valutato che la maggior parte delle modificazioni apportate al nomenclatore tariffario hanno una incidenza molto limitata sul sistema di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e che, in tale contesto:

- a. le prestazioni di cui al precedente punto **1**, finora tariffabili solo se effettuate in regime di ricovero e, come tali, esenti da ticket, continuano provvisoriamente a non essere assoggettate al sistema di partecipazione alla spesa in quanto è opportuno evitare che, nel passaggio ad un diverso regime di esecuzione, modifiche organizzative ancora da monitorare comportino aggravii economici a carico del cittadino;
- b. le prestazioni di cui al precedente punto **2** -nuove prestazioni- sono caratterizzate da una tariffa unitaria superiore al "tetto" di 36,15 Euro per cui, in base alla

- normativa generale in materia di partecipazione alla spesa, gravano solo fino a tale importo sul cittadino non esente;
- c. le prestazioni "assimilate" non comportano problemi in quanto subiscono il regime delle prestazioni prese a riferimento;
 - d. le prestazioni relative ai settori di cui al punto 3 - adeguamento tariffario- presentano costi di produzione notevolmente incrementati, in ragione del lungo periodo trascorso, per cui si è reso necessario, al fine di garantire una corretta allocazione delle risorse rispetto agli erogatori, procedere all'adeguamento delle relative tariffe ai maggiori costi; e la maggior parte delle prestazioni stesse, ad eccezione della visita specialistica, hanno ricadute limitate sulla quota a carico del cittadino non esente in quanto, o hanno una tariffa già superiore al tetto di 36,15 Euro (es. medicina nucleare, endoscopia), o sono prevalentemente rivolte a pazienti esenti (es. dialisi, radioterapia) , o, infine, non sono eseguite singolarmente in quanto incluse in richieste plurime come tali assoggettate ad un ticket comunque non superiore all'importo di 36,15 Euro previsto come "tetto" (es. Anatomia patologica);

Valutato che la ridefinizione tariffaria di cui al presente atto comporta una più puntuale allocazione delle risorse finanziarie verso le strutture erogatrici, con trasferimento di risorse che sono finalizzate a compensare i costi di produzione e a salvaguardare la funzionalità delle strutture stesse;

Ritenuto opportuno di non fare gravare sul cittadino, in questa fase transitoria, operazioni finalizzate a ridefinire l'allocazione delle risorse in relazione ai costi di produzione, salvo diversa e precisa rideterminazione a seguito delle modifiche che saranno apportate dal previsto provvedimento nazionale;

Ritenuto pertanto di procedere alla ridefinizione della tariffa delle visite sulla base dei seguenti elementi:

- a. stabilire un incremento in relazione ai costi, sia per le *prime visite* (tariffa pari a 23,00 Euro rispetto a quella precedente di 16,55 Euro) che per quelle di *controllo* (tariffa pari a 18,00 Euro rispetto a quella precedente di 10,35 Euro),
- b. limitare l'impatto sui cittadini evitando che l'incremento gravi per intero sui soggetti non esenti ticket,
- c. stabilire altresì un incremento per la visita "*consulto, definito complessivo*" (tariffa 47,00 Euro rispetto a quella precedente di 37,20 Euro);

Valutato opportuno, a fronte degli incrementi tariffari sopra indicati, che la partecipazione alla spesa dovuta dal cittadino sia per le prime visite che per quelle di controllo, in prima applicazione ed in attesa dell'approvazione del nuovo nomenclatore nazionale, non debba seguire per intero l'aumento tariffario ma

debba essere di misura contenuta in quanto si tratta di prestazioni ad elevato consumo da parte della popolazione, spesso di primo accesso e necessarie per inquadrare il problema diagnostico ed avviare al successivo iter diagnostico terapeutico, stabilendo %%%%%%%%%%

A fronte degli incrementi tariffari (v. punto 2.1), conseguenti all'incremento effettivo dei costi delle prestazioni, si è valutato che la partecipazione al costo dovuta dal cittadino (ticket) per le prime visite (prestazioni di primo accesso ad elevato consumo da parte della popolazione) non dovesse seguire per intero l'aumento tariffario, ma dovesse essere di misura contenuta.

Pertanto di determinare il *ticket* per le *prime visite* è determinato in 18,00 Euro (oggi pari a 16,55 euro) e per le *visite di controllo* ("anamnesi e valutazione, definite brevi") in 13,00 Euro (oggi pari a 10,35 euro);

Precisato che l'importo del ticket sia della prima visita che di quella di controllo debba essere il medesimo sia nel caso della singola prestazione che per il calcolo di tutte le prestazioni fruite, ai fini del raggiungimento del "tetto" mentre, relativamente alla visita "consulto, definito complessivo" avente una tariffa unitaria superiore al "tetto" di 36,15 Euro, il ticket continui a gravare sul cittadino non esente, come in precedenza, fino alla concorrenza di tale importo;

Valutato inoltre che gli effetti complessivi del presente provvedimento non determinano disequilibri dal punto di vista finanziario;

Valutato, infine, opportuno stabilire che gli adeguamenti di cui al presente atto siano assunti anche per dare parziale attuazione all'allegato 2C del DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" al fine di portare più appropriatamente a livello ambulatoriale, con la definizione del valore tariffario e delle caratteristiche di erogabilità, prestazioni finora incluse tra quelle di ricovero remunerate con il sistema a DRG;

Richiamata la propria deliberazione n. 2582 del 16.12.2002 "Determinazione delle tariffe per prestazioni di assistenza ospedaliera in strutture pubbliche e private accreditate della R.E.R. applicabili a decorrere dal 1.1.02", nella quale tra l'altro, in considerazione del previsto inserimento delle prestazioni "Liberazione del tunnel carpale" e "Facoemulsione ed aspirazione di cataratta" nel nomenclatore delle prestazioni ambulatoriali, vengono ridefinite le corrispondenti tariffe DRG;

Richiamata la propria deliberazione n. 2142 del 28.11.2000 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali", finalizzata a facilitare i percorsi assistenziali

dell'assistenza specialistica ambulatoriale per superare la frammentazione degli interventi e per stimolare, quanto più possibile, i soggetti erogatori verso la continuità e l'unitarietà nell'erogazione delle prestazioni;

Ritenuto opportuno stabilire che i contenuti del presente provvedimento abbiano effetto con decorrenza dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione;

.

Dato atto, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. 43/2001 e della delibera di Giunta regionale n. 2774 del 10 dicembre 2001:

- del parere favorevole espresso dalla Responsabile del Servizio Assistenza distrettuale, Pianificazione e sviluppo dei Servizi Sanitari, Dott.ssa Maria Lazzarato, in merito alla regolarità tecnica del presente provvedimento;

- del parere favorevole espresso dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali, Dott. Franco Rossi, in merito alla legittimità del presente provvedimento;

Sentita la Commissione Consigliare Sicurezza sociale che ha espresso parere favorevole nella seduta antimeridiana del 20 febbraio 2003;

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

1. di apportare, come indicato in premessa, le modifiche e le integrazioni al nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, sulla base delle motivazioni espresse in premessa e più ampiamente riportate nell'allegato tecnico (allegato n. 1), secondo le denominazioni, i codici e le tariffe più analiticamente riportati nelle tabelle dell'allegato n. 2 che formano parte integrante del presente provvedimento;
2. di determinare le quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche come indicato in premessa;
3. di stabilire che le modificazioni introdotte decorrano dalla data di pubblicazione del presente provvedimento sul B.U.R.;
4. di stabilire che le modifiche introdotte hanno valore transitorio, fatto salvo un adeguamento a quanto disposto dal previsto provvedimento nazionale;

4. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino
Ufficiale della Regione.

ALLEGATO N. 1

ALLEGATO TECNICO ALLA DELIBERAZIONE “MODIFICA DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E DETERMINAZIONE DELLE QUOTE DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER LE VISITE SPECIALISTICHE”

A- Modifiche al Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Il Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario è stato adottato nella Regione Emilia Romagna con DGR n. 410 del 25/3/97, recependo il Nomenclatore tariffario nazionale del D.M. 22 luglio 1996, con limitate integrazioni ed applicando la riduzione del 20% sulle tariffe della visita specialistica. Il successivo aggiornamento, effettuato nel 2000, ha comportato l'inserimento di pochissime nuove prestazioni a valenza regionale.

La rispondenza del Nomenclatore alle prestazioni effettivamente erogate è stata sostanzialmente governata non con l'introduzione di nuove prestazioni ma con **l'assimilazione** a prestazioni già esistenti, per evitare inutili moltiplicazioni di voci equivalenti. Tale processo, che parte dalle segnalazioni delle Aziende erogatrici, è stato garantito attraverso il lavoro di un apposito gruppo tecnico costituito con determinazione n.38/97 del Direttore generale dell' Agenzia Sanitaria Regionale.

Nonostante l'assimilazione resta comunque per la Regione l'esigenza di offrire, attraverso il Servizio Sanitario, le **nuove prestazioni** che l'evoluzione tecnologica e scientifica mettono a disposizione, previa le opportune valutazioni di rispondenza ai criteri di appropriatezza di livello di erogazione, di efficacia clinica e di opportunità (compatibilità economiche ed organizzative etc.). Infatti a distanza di oltre sei anni dall'emanazione del nomenclatore nazionale, con riferimento al quale è stato costruito il nomenclatore delle prestazioni erogabili nella regione, non è più sufficiente né adeguato l'ulteriore ricorso al criterio dell'assimilazione, ed è necessario introdurre almeno alcune nuove voci.

In questi anni sono pervenute numerose richieste di introdurre nuove prestazioni; l'istruttoria prevista per questi casi ha comportato la raccolta di specifica documentazione, ivi comprese le indicazioni cliniche, il miglioramento dell'efficacia diagnostica e/o terapeutica rispetto all'esistente e la valutazione dei costi in relazione ai fattori produttivi impiegati.

Sulla base di queste valutazioni e di altre in seguito esplicitate, è stata effettuata una selezione molto ristretta di nuove prestazioni da inserire in via prioritaria, come provvedimento parziale.

Un terzo aspetto relativo alla manutenzione del Nomenclatore è rappresentato dalla **revisione delle tariffe**, che si rende necessaria in relazione sia alla disponibilità di migliori conoscenze sui costi effettivi delle prestazioni, sia alla esigenza di tenere conto dell'incremento dei costi di alcuni dei fattori che concorrono alla loro produzione.

L'intervento tariffario, in attesa sia di eventuali provvedimenti nazionali, sia di documentazione più analitica per specifiche singole prestazioni, è stato limitato soprattutto alle prestazioni riguardanti patologie aventi particolare rilevanza sociale, relativamente alle quali il permanere di livelli di remunerazione inadeguati rispetto ai costi, avrebbe potuto comportare riduzione dei volumi di offerta, con ripercussioni negative sia sui tempi di attesa, sia sulla numerosità dei pazienti serviti.

Criteria adottati

Le modifiche apportate in questa fase e qui presentate sono limitate e devono essere considerate come un intervento parziale, in previsione di una revisione sistematica dell'intero Nomenclatore; in tale ambito alcune delle prestazioni assimilate potranno essere specificamente individuate con apposito codice.

Si è infatti in attesa dell'aggiornamento del Nomenclatore tariffario nazionale, come esplicitamente indicato al punto 4.2 dell'Accordo del 22 novembre 2001 tra Governo, regioni e province autonome, sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. Solo dopo tale provvedimento, infatti, sarà possibile individuare le prestazioni di specialistica ambulatoriale che devono essere garantite uniformemente sul territorio nazionale, ed i relativi criteri di erogazione, al fine di valutare con certezza le eventuali ulteriori prestazioni da introdurre a livello regionale. Il livello tariffario nazionale delle singole prestazioni potrà inoltre costituire un punto di riferimento per la prevista complessiva revisione omogenea di tutte le tariffe della specialistica ambulatoriale.

Di seguito vengono riportate le scelte operate, specificamente nei tre settori di intervento:

- assimilazioni;
- adeguamento tariffe;
- nuovi inserimenti.

1- Assimilazioni

Oltre settanta prestazioni per cui è stata individuata l'assimilazione sono già state inserite negli aggiornamenti del Nomenclatore e sono quindi presenti nella sua versione più recente (DGR n.2354 del 5/11/2001). Le 11 prestazioni assimilate (notificate alle Aziende con note del Direttore Generale n. 33797/2000 e 56635/2001) e le 5 ulteriori prestazioni individuate, sono riportate analiticamente nella **Tabella 1** dell'allegato n. 2.

2- Adeguamento tariffe

Per identificare i settori o gruppi di prestazioni che presentano oggi, a sei anni dalla definizione delle tariffe, la maggiore sofferenza in relazione al rapporto costi/remunerazione è stata raccolta un'ampia documentazione fornita dalle Aziende, e/o disponibile già a livello regionale.

Sulla base di questo materiale sono stati presi inizialmente in considerazione dodici settori di attività ambulatoriale e/o gruppi di prestazioni, ed è stata valutata l'opportunità di intervenire sulle relative tariffe. Per alcune delle prestazioni segnalate non è stata rilevata la necessità di immediato intervento tariffario mentre per altre si è previsto un adeguamento, in genere limitato, in attesa sia dei provvedimenti nazionali, sia di documentazione più analitica per specifiche singole prestazioni.

I dati di attività ambulatoriale, analitici per prestazioni erogate negli anni 2000 e 2001, hanno consentito di dimensionare i problemi in termini di volumi e di importi tariffari e di effettuare le necessarie valutazioni di impatto delle azioni previste.

Poiché, salvo alcune eccezioni, i dati di costo disponibili riguardavano interi gruppi di prestazioni, gli incrementi stabiliti sono applicati come valore medio per l'intero settore di attività considerata.

Tutte le nuove tariffe introdotte prevedono valori interi di Euro (decimali = 00).

Di seguito vengono riportate le valutazioni effettuate e le scelte conseguenti sul fronte delle tariffe; le nuove tariffe specifiche per le singole prestazioni previste nel Nomenclatore sono riportate nella **Tabella 2** dell'allegato n. 2.

2.1 - Visite specialistiche

Rappresentano il settore che, per unanime riconoscimento, necessita di immediata revisione della tariffa. Infatti già nel Nomenclatore Nazionale del 1996 la tariffa della prima visita era prevista a lire 40.000 e quella della visita di controllo a L. 25.000. Le regioni, tra cui L'Emilia Romagna, avevano in genere abbassato gli importi, ma negli anni recenti già alcune di esse avevano stabilito valori superiori. In effetti il solo costo del lavoro medico, che rappresenta il principale fattore impiegato nella produzione di tale prestazione, è aumentato tra il 1996 ed il 2001 circa del 30%, ed i dati raccolti mostrano consistenti differenze tra costi pieni e ricavi tariffari per gli ambulatori clinici.

Si è inoltre considerato che l'impegno per l'esecuzione delle visite di controllo è mediamente dell'80% rispetto a quello di una prima visita e pertanto le nuove tariffe dovevano mantenere tale rapporto relativo. Minore invece è l'incremento stabilito per le valutazioni complesse, per le quali esistono richieste di elevate rivalutazioni tariffarie, per cui tuttavia si rinvia a successive verifiche, anche nazionali.

Nella tabella successiva sono riportate le nuove tariffe, a confronto con i valori precedenti. I valori sono espressi in Euro.

Tipo visita	Tariffa Precedente	Nuova tariffa
Prime visite	16,55	23,00
Visite di controllo	10,35	18,00
Consulti complessivi	37,20	47,00

2.2 - Dialisi

Vista la peculiarità di questo settore di prestazioni, una particolare attenzione è stata posta nella valutazione costi/ricavi, per cui si dispone di informazioni specifiche dalla contabilità analitica aziendale. I risultati di tali valutazioni sono difformi, anche per la probabile non omogenea attribuzione di tutti i fattori che concorrono ai costi. E' stato quindi attivato presso questa Direzione uno specifico gruppo tecnico, per una valutazione dettagliata delle procedure e dei costi relativi ad ogni diversa tipologia di prestazione. In attesa dei risultati di questo lavoro, le tariffe vengono incrementate in misura limitata per le specifiche prestazioni dialitiche.

2.3 - Medicina Nucleare

Le prestazioni di medicina nucleare "in vivo" (scintigrafie etc.), appaiono in larga perdita rispetto ai costi in tutte le Aziende che hanno fornito informazioni. In particolare tale perdita è da imputarsi prevalentemente al costo del radiofarmaco impiegato, che da solo rappresenta oggi, per alcune prestazioni, quasi l'intera tariffa.

Si è quindi proceduto ad una rivalutazione sistematica delle tariffe, applicando un incremento medio a tutte le prestazioni, escluse le PET per le quali l'incremento applicato è stato limitato ad un modesto incremento, in misura comunque adeguata in relazione ai dati di costo forniti.

2.4 - Anatomia patologica

Queste prestazioni, a fronte di volumi limitati di produzione, richiedono ancora una forte componente di lavoro di personale specializzato e sono state poco influenzate dai processi di automazione che invece incidono fortemente su altri settori del laboratorio di analisi .

L'analisi dei costi per questi specifici centri di costo, disponibile attraverso la contabilità analitica delle Aziende ospedaliere, mostra ricavi tariffari costantemente e fortemente inferiori ai costi .

Poiché si tratta di un settore a supporto delle azioni preventive e terapeutiche in campo oncologico, si è ritenuto necessario apportare un adeguamento delle tariffe.

2.5 - Endoscopie

Questo gruppo di prestazioni ed in particolare le endoscopie operative, in quanto atto congiunto diagnostico - terapeutico che permette di affrontare problemi in sede ambulatoriale anziché di degenza, assume particolare rilevanza in un contesto di sempre migliore definizione del livello appropriato di erogazione dell'assistenza.

I dati raccolti da singole Aziende indicano ricavi tariffari inferiori ai costi, per alcune prestazioni fino al 50%.

Tenuto conto del mix che compone attualmente tale gruppo di prestazioni e della loro frequenza relativa, si è definito un incremento tariffario medio differenziato, più limitato per le endoscopie senza biopsia rispetto a quelle con biopsia.

2.6 - Radioterapia

Il settore è di evidente importanza nell'ambito del Servizio Sanitario regionale, che è chiamato ad incrementare continuamente l'offerta in relazione alla maggiore capacità risolutiva dei problemi oncologici, sia per l'innovazione tecnologica dell'offerta che per la crescente attività di diagnosi precoce.

Il problema non si esaurisce quindi con la necessità di adeguare parzialmente le tariffe delle prestazioni esistenti ma presuppone l'inserimento nel Nomenclatore tariffario delle nuove prestazioni oggi disponibili. A tale proposito è senz'altro opportuno un adeguamento nazionale, rappresentato dal previsto aggiornamento del Nomenclatore. Anche a livello regionale, peraltro, si è attivato un gruppo tecnico in ambito Assessorato per valutare le nuove prestazioni, sia dal punto di vista clinico che dei costi, al fine di formulare una proposta complessiva e coerente per l'intero settore.

In attesa dei risultati di questo lavoro, le tariffe vengono incrementate in misura media limitata per rispondere almeno parzialmente alle esigenze segnalate di adeguamento.

Per quanto riguarda il settore occorre evidenziare l'esistenza di 4 tipologie di prestazioni, inserite nel nomenclatore tariffario tra le prestazioni di Radioterapia, ma eseguite nell'ambito della Medicina Nucleare; per queste sono state effettuate specifiche analisi dei costi per l' adeguamento delle tariffe.

2.7 - Prestazioni ortopediche

Ci si riferisce in particolare a prestazioni ambulatoriali di traumatologia, che afferiscono al pronto soccorso o agli ambulatori ortopedici di urgenza. Tali prestazioni, che richiedono manovre

strumentali manuali e utilizzo di specifici materiali, hanno subito un forte incremento dei costi nei cinque anni considerati, come risulta dai dati forniti.

Per tali prestazioni si propone un incremento medio delle tariffe di discreta entità.

3. Inserimento di nuove prestazioni

Come già indicato in premessa, le nuove prestazioni che vengono inserite nel Nomenclatore regionale sono in numero estremamente limitato e corrispondono alla necessità di offrire anche a livello ambulatoriale nuove tecnologie già diffuse e di consolidata efficacia che rispondono in tutto o in parte a questi criteri:

- migliorare la capacità diagnostica (soprattutto in campo oncologico);
- permettere la contemporanea esecuzione di interventi diagnostici e terapeutici ;
- rendere possibile l'esecuzione di interventi, anche complessi, a livello ambulatoriale anziché in degenza, così come indicato, tra l'altro, nell'allegato 2C del DPCM del 29 novembre 2001, relativo ai livelli essenziali di assistenza.

Sembra anche opportuno prevedere, per alcune di queste prestazioni, un periodo di adeguata valutazione sia sul versante organizzativo che dei costi, prima di arrivare alla formulazione definitiva dei criteri e delle tariffe, che pertanto si propone siano adottati in via provvisoria, in attesa della revisione complessiva del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale.

La descrizione sintetica delle prestazioni, le motivazioni a supporto dell'inserimento ed i criteri generali utilizzati sia per la tariffazione che per le indicazioni di erogabilità sono riportate di seguito, rimandando alla **Tabella 3** dell'allegato n. 2 le puntuali indicazioni relative ai *codici della prestazioni, alle tariffe ed ad eventuali indicazioni specifiche*.

3.1 - Intervento di liberazione del tunnel carpale

L'intervento, se effettuato in degenza, dà luogo al DRG "006" decompressione del tunnel carpale, che è tra quelli esplicitamente indicati nell' all. 2C del DPCM 29/11/2001 come trattabili più appropriatamente a livello ambulatoriale rispetto al ricovero ordinario od in dh. Per rendere effettiva tale possibilità è necessario definire un valore tariffario e le caratteristiche di erogabilità della prestazione, anche a completamento di quanto già previsto nella DGR n.559/2000.

Per individuare i costi sono stati raccolti gli elementi analitici forniti da alcune Aziende, secondo criteri omogenei che hanno permesso di definire i costi pieni; sono anche state valutate le tariffe in vigore presso altre regioni che avevano già introdotto la prestazione nel Nomenclatore ambulatoriale e si è tenuto conto delle tariffe dei ricoveri attualmente in vigore .

Si è definita una tariffa con valenza provvisoria, in attesa di una revisione complessiva delle tariffe da applicarsi alla stessa casistica secondo le diverse modalità erogative (ambulatorio, dh, degenza ordinaria), per evitare che i valori tariffari possano generare comportamenti opportunistici negli erogatori pubblici e privati, a scapito di criteri di efficienza ed appropriatezza clinica.

Inoltre, per non far gravare sul cittadino, in termini economici, le differenti scelte organizzative adottate a parità di prestazione, si stabilisce in fase iniziale e transitoria di non sottoporre a partecipazione al costo la prestazione effettuata in regime ambulatoriale.

Per questa fase di sperimentazione la prestazione continuerà ad essere effettuata nell'attuale contesto organizzativo ospedaliero e pertanto solo in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero.

3.2 - Intervento di facoemulsione ed aspirazione di cataratta

L'intervento, se effettuato in degenza dà luogo al DRG "039" interventi sul cristallino, che è tra quelli esplicitamente indicati nell'all. 2C del DPCM 29/11/2001 come trattabili più appropriatamente a livello ambulatoriale che in ricovero. Per rendere effettiva tale possibilità è necessario definire un valore tariffario e le caratteristiche di erogabilità della prestazione, anche a completamento di quanto già previsto nella DGR n.559/2000.

I costi sono stati individuati attraverso i dati analitici forniti ed un confronto con le tariffe in vigore presso altre regioni che avevano già introdotto la prestazione nel Nomenclatore ambulatoriale e si è tenuto conto delle tariffe dei ricoveri attualmente in vigore.

Si è individuata una tariffa con valenza provvisoria, in attesa di una revisione complessiva delle tariffe da applicarsi alla stessa casistica secondo le diverse modalità erogative (ambulatorio, dh, degenza ordinaria), per evitare che i valori tariffari possano generare comportamenti opportunistici negli erogatori pubblici e privati, a scapito di criteri di efficienza ed appropriatezza clinica.

Inoltre, per non far gravare sul cittadino, in termini economici, le differenti scelte organizzative adottate a parità di prestazione, si propone in fase iniziale e transitoria di non sottoporre a partecipazione alla spesa, la prestazione effettuata in regime ambulatoriale.

Per questa fase di sperimentazione la prestazione continuerà ad essere effettuata nell'attuale contesto organizzativo ospedaliero e pertanto solo in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero.

3.3 - Trattamento fotodinamico (con Verteporfina)

Questo trattamento si utilizza in pazienti con *degenerazione maculare senile* le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di *neovascolarizzazione coroidale subfoveale classica*.

La prestazione consiste nella somministrazione endovenosa di un farmaco, la Verteporfina (Visudyne), sostanza fotosensibilizzante, seguita dall'applicazione sulla zona di retina malata di un laser a diodi.

La terapia può essere ripetuta fino a quattro volte in un anno.

La Verteporfina (Visudyne), con D.M. 5 marzo 2001, è registrata in classe H ed è erogabile in centri individuati da ciascuna regione sulla base dei requisiti previsti nel D.M. stesso.

Per stabilire la tariffa sono stati raccolti i costi analitici ed i costi pieni per l'erogazione della prestazione; tale tariffa è da considerarsi provvisoria e sarà modificata in diretta relazione con le variazioni del prezzo del farmaco (che costituisce attualmente oltre l'80% dell'intero costo).

La prestazione non risulta attualmente inserita in nessun tariffario regionale ambulatoriale.

La prestazione è erogabile solo per le indicazioni cliniche riportate in premessa e non può essere ripetuta più di quattro volte in un anno.

La prestazione può essere effettuata solo negli ambulatori situati presso i Centri individuati dalla Regione Emilia Romagna in conformità al decreto sopra citato.

3.4 Biopsia percutanea mammaria "vacuum assisted"

La prestazione viene effettuata mediante uno strumento di recente introduzione per l'effettuazione di biopsie mammarie in anestesia locale, alternativo alle tecniche biottiche tradizionali. Può prevedere una guida ecografica o una più complessa guida radiografica stereotassica, dando luogo a due distinte tipologie di prestazioni, differenti per costo.

La tecnica viene utilizzata come diagnostica di secondo livello anche nell'ambito dei programmi di screening mammografico.

Almeno 5 Aziende Ausl o Ospedaliere offrono attualmente tale prestazione in Regione e da alcune di esse sono stati tratti i costi analitici utilizzati per la definizione della tariffa, che potrà essere rideterminata a seguito di una successiva valutazione dei singoli fattori produttivi.

Tra le regioni la prestazione risulta ad oggi inserita solo nel Nomenclatore del Veneto, del Friuli Venezia Giulia, ed in Toscana.

La prestazione è erogabile solo per specifiche indicazioni cliniche, in via di elaborazione a livello regionale.

3.5 Spettroscopia di Risonanza Magnetica (MRS)

La spettroscopia di risonanza magnetica in vivo è una prestazione di diagnostica strumentale di recente acquisizione che consente di definire direttamente sul paziente, in modo non invasivo, i quadri biochimici specifici di alcune condizioni patologiche, caratterizzandosi per elevata specificità e sensibilità.

L'indagine, che viene condotta come una normale Risonanza Magnetica (RM) cerebrale o muscolare, senza l'uso del mezzo di contrasto, necessita tuttavia di una serie di condizioni accessorie – in termini di caratteristiche della macchina e di professionalità impegnate nell'indagine – che fanno sì che il suo costo complessivo risulti sostanzialmente doppio rispetto alla RM tradizionale.

L'indagine MRS trova ulteriore specificazione nella spettroscopia del protone 1H-MRS e spettroscopia del fosforo 31P-MRS dando così luogo a due distinte prestazioni con identica tariffa.

La metodica è disponibile oggi in regione, solamente presso l'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi che ha raccolto i costi analitici.

La prestazione è erogabile solo per le indicazioni cliniche riportate nell'allegato n.2.

3.6 Ecoendoscopia

La prestazione consiste in un esame ecografico del tratto gastroenterico e degli organi circostanti eseguito con apparecchio ecoendoscopico (paragonabile ad un esofagogastroduodenoscopia alla cui estremità distale è collegata una sonda ecografica ad alta frequenza).

Nel corso dell'esame è anche possibile effettuare prelievi biotici mirati mediante l'uso di un ago dedicato.

Tale metodica, rispetto all'endoscopia tradizionale che non è in grado di valutare l'infiltrazione della lesione tumorale perché vede solo la superficie, consente di individuare l'estensione e la natura delle lesioni. I tre principali campi di applicazione sono:

- lesioni sottomucose, intramurali ed estrinseche, dell'apparato digerente;
- stadiazione di alcuni tumori dell'apparato digerente;
- individuazione delle patologie delle vie biliari e pancreas, per diagnosi di piccole lesioni (inf.1 cm) e microlitiasi del coledoco, con maggiore accuratezza e, frequentemente, in alternativa rispetto a TC e RM.

La metodica è disponibile oggi in regione presso 5 diverse Aziende, ospedaliere o USL. I costi analitici sono stati raccolti da alcune di esse.

La prestazione risulta attualmente inserita solo nel Nomenclatore del Friuli V.G..

Le tariffe stabilite differenziano, oltre alle sedi, le prestazioni non operative da quelle operative, che prevedono l'impiego di un costoso ago monouso.

Le prestazioni possono essere effettuate solo in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero, ovvero ambulatori protetti .

La prestazione è erogabile solo per le indicazioni cliniche specificate nell'allegato 2.

3.7 – Test di farmacoresistenza per HIV

Questo test permette di determinare la farmacoresistenza che si genera a causa di mutazioni nel virus HIV-1 che lo rendono insensibile alla terapia antiretrovirale, ed è quindi importante nel monitoraggio dei pazienti in terapia.

Per l'Emilia Romagna, attualmente, l'indagine è effettuata presso il Centro virologico regionale di riferimento per l'AIDS presso l'Azienda ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna, presso le Aziende Ospedaliere di Modena, di Reggio Emilia e di Parma.

Il costo della prestazione è costituito per la maggior parte dal costo del materiale da utilizzare; la tariffa viene quindi determinata in via provvisoria e potrà essere modificata in relazione all'evoluzione delle metodiche utilizzate disponibili sul mercato.

Il test è erogabile solo secondo linee guida definite a livello regionale ed è eseguibile solo in centri di livello regionale esplicitamente individuati.

3.8 - La valutazione funzionale complessa delle disabilità neuromotorie infantili

Questa tipologia di prestazione, erogata nell'ambito dell'attività di riabilitazione, è rivolta a bambini con gravi disabilità motorie e comprende un insieme di attività che vedono coinvolte, in modo integrato, diverse figure professionali.

In regione la prestazione viene eseguita presso 2 Aziende Ospedaliere - Reggio Emilia e Ferrara.

La prestazione è erogabile solo secondo linee guida, in via di definizione a livello regionale.

B- COMPARTICIPAZIONE AL COSTO

La normativa vigente in relazione alla partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte degli assistiti è ancora quella prevista all'art. 8, comma 15 , della L. 537/93 e successive modificazioni. Tale norma indica che, fatte salve le casistiche relative alle esenzioni di volta in volta stabilite, “.. tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisioterapia e le cure termali, fino ad un importo massimo di lire 70.000 per ricetta (36,15 Euro)..”.

Le categorie di esenzione riguardano, secondo la normativa vigente: **età/reddito; patologie croniche o rare; invalidità.**

In linea generale gli adeguamenti delle tariffe qui presentati non comportano forti implicazioni nel confronto del ticket in quanto la maggior parte dei settori coinvolti riguarda o prestazioni la cui tariffa è già superiore al tetto di 36,15 Euro (es. medicina nucleare, endoscopia) o prestazioni rivolte spesso a pazienti esenti (es. dialisi, radioterapia, prestazioni ortopediche di pronto soccorso) o, infine, prestazioni che non sono in genere conteggiate singolarmente ma si sommano ad altre fino al tetto (es. Anatomia patologica). Anche alcuni nuovi inserimenti riferiti a prestazioni chirurgiche complesse fino ad ora effettuabili solo in regime di ricovero (cataratta e tunnel carpale), sono in via provvisoria erogate senza partecipazione alla spesa da parte del cittadino. Si è infatti

voluto evitare, in questa prima fase, che modifiche organizzative sul livello di erogazione comportassero oneri a carico del cittadino.

Fa eccezione, in relazione alla quota di partecipazione, l'incremento della tariffa delle **visite specialistiche**. Va anzitutto ricordato che comunque la tariffa finora in vigore nella regione era inferiore del 20% rispetto alla tariffa prevista dal Nomenclatore nazionale fin dal 1996.

A fronte degli incrementi tariffari (v. punto 2.1), conseguenti all'incremento effettivo dei costi delle prestazioni, si propone che la partecipazione al costo dovuta dal cittadino (ticket) per le prime visite (prestazioni di primo accesso ad elevato consumo da parte della popolazione) non debba seguire per intero l'aumento tariffario, ma debba essere di misura contenuta. Ugualmente si propone, in questa prima fase di applicazione, di contenere la quota ticket della visita di controllo entro il valore della tariffa nazionale.

Pertanto il ticket per **le prime visite** si propone in 18,00 Euro, mentre per le **visite di controllo** il valore del ticket risulta pari a 13,00 Euro. Va evidenziato che la prestazione di controllo è rivolta prevalentemente a soggetti con patologie croniche e quindi esenti dalla partecipazione al costo.

Tipo visita	Ticket precedente	Nuovo ticket
Prime visite	16,55	18,00
Visite di controllo	10,35	13,00
Consulti complessivi	36,15	36,15

Va inoltre chiarito che l'importo ridotto del ticket, sia della prima visita che di quella di controllo, vale sia nel caso della singola prestazione che per il calcolo di tutte le prestazioni fruite, ai fini del raggiungimento del tetto.

Per quanto riguarda le prestazioni erogate in sede di **Pronto Soccorso** e le relative modalità di partecipazione al costo, si rimanda all'apposito documento.

TABELLE ALLEGATE ALLA DELIBERAZIONE “MODIFICA DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E DETERMINAZIONE DELLE QUOTE DI PARTECIPAZIONE ALLA SPESA PER LE VISITE SPECIALISTICHE”:

- **TABELLA 1 - ASSIMILAZIONI:** Prestazioni di specialistica ambulatoriale non presenti nel Nomenclatore tariffario *individuate come as*
- **TABELLA 2 - ADEGUAMENTO delle TARIFFE**
- **TABELLA 3 - NUOVI INSERIMENTI**

LEGENDA DEI CONTRASSEGNI IN "NOTA"

contrassegni come da D.M. 22.07.96

- * indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida riportate nell'allegato 2 del decreto
- H indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso le istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti
- R indica le prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti

integrazioni regionali

- I indica le prestazioni erogabili, ad integrazione di quelle individuate con il D.M. 22.07.96
- Rr indica le ulteriori prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti
- m evidenzia le diverse tipologie di visita specialistica, con tariffa rideterminata
- m1 evidenzia le altre tipologie di prestazioni specialistiche, con tariffa rideterminata
- as evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.07.96 o specifiche tecniche relative ad alcune prestazioni
- ** indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida definite a livello regionale

TABELLA 1 ASSIMILAZIONI

Prestazioni di specialistica ambulatoriale non presenti nel Nomenclatore tariffario individuate come as

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE
Oculistica	as	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE Angiografia con indocianina IGCA
Laboratorio	I as	913851	ES. CITOLOGICO DI MATERIALE NAS Cromatina del sesso
Laboratorio	R as	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P] Omocisteina [S/U/Sg/P]
Laboratorio	Rr as	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA) Anticorpi Antitransglutaminasi
Laboratorio	as	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma) Anticorpi anti-Borrelia con metodo Western Blot
Laboratorio	as	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno) Fattore di Von Willebrand
Rx Diagnos	as	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE Sonosalpingografia
Chir Gen Rx Diagnos	as	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Agoaspirato della mammella in stereotassi
Urologia	as	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE Cateterismo nefrostomico
Cardiologia	as	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA Riabilitazione vascolare
Otorinolaringoiatria	as	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO Analisi elettroacustica della voce: analisi spettroacustica ed analisi multiparametrica della voce
Dermatologia	as	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni) Challenge test
Laboratorio	as	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) Anticorpi antiinfluenza A, Anticorpi antiinfluenza B, Anticorpi antiparainfluenza (E.I.A.)
Laboratorio	as	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) Anticorpi antiinfluenza A, Anticorpi antiinfluenza B, Anticorpi antiparainfluenza (Titolazione mediante F.C.)
Laboratorio	as	90.06.1	ALFA1 GLICOPROTEINA ACIDA [S] Cistatina C [S]
Laboratorio	as	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICO (NSE) Cromogranina A

TABELLA 2 - ADEGUAMENTO TARIFFE			
2.1 - VISITE SPECIALISTICHE			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tariffa nuova EURO
m	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI (BRANCA: ALTRE PRESTAZIONI)	18,00
m	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE (BRANCA: ALTRE PRESTAZIONI)	23,00
m	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO (BRANCA: ALTRE PRESTAZIONI)	47,00
m	89.13	VISITA NEUROLOGICA (BRANCA: NEUROLOGIA)	23,00
m	89.26	VISITA GINECOLOGICA (BRANCA: OSTETRICIA E GINECOLOGIA)	23,00
m	89.7	VISITA GENERALE (BRANCA: ALTRE PRESTAZIONI)	23,00
m	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO (BRANCA: PSICHIATRIA)	23,00
m	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO (BRANCA: PSICHIATRIA)	18,00
m	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO (BRANCA: PSICHIATRIA)	23,00
m	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO (BRANCA: OCULISTICA)	23,00
2.2 - PRESTAZIONI DI DIALISI (BRANCA: NEFROLOGIA)			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tariffa nuova EURO
m1 H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	163,00
m1	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	136,00
m1	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	108,00
m1 H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	174,00
m1 H	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	244,00
m1	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	217,00
m1 H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	271,00
m1 H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	271,00
m1 H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE	217,00
m1H	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	57,00
m1	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	49,00
2.3 - PRESTAZIONI DI MEDICINA NUCLEARE (BRANCA: DIAGN.PER IMMAGINI-MEDICINA NUCLEARE)			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tariffa nuova EURO
m1	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	81,00
m1	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	83,00
m1	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	60,00
m1	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	324,00
m1	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA	116,00
m1	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE	207,00
m1	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI,	186,00
m1	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	279,00
m1	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA	47,00
m1	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE	102,00
m1	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	41,00
m1	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	202,00
m1	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE	134,00
m1	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE E DI ALTRI DISTRETTI (OSSEA, TIROIDEA, ADDOMINALE)	74,00

Segue Tabella 2

m1	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE ghiandole SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	115,00
m1	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	93,00
m1	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	167,00
m1	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	186,00
m1	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	111,00
m1	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE,	337,00
m1	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	93,00
m1	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	177,00
m1	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	232,00
m1	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	162,00
m1	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	195,00
m1 *	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1286,00
m1	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	243,00
m1	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	74,00
m1	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	83,00
m1	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE	323,00
m1	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	258,00
m1	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI,	398,00
m1	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	177,00
m1	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	227,00
m1	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	232,00
m1	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	372,00
m1	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	430,00
m1 *	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	1127,00
m1 *	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	1286,00
m1	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	344,00
m1	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	104,00
m1	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	141,00
m1	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	123,00
m1	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	358,00
m1	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE	41,00
m1	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	305,00
m1	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE	62,00
m1	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLE SEGMENTARIA	199,00
m1	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	384,00
m1	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	204,00
m1	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	246,00
m1	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	453,00
m1	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	453,00
m1 *	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1286,00
m1	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	466,00
m1	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	528,00
m1	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	93,00
m1	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	155,00
m1	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY	45,00
l m1	921811	SCINTIGRAFIA MAMMARIA (MAMMOSCINTIGRAFIA)	384,00

2.4 - PRESTAZIONI DI ANATOMIA PATOLOGICA (BRANCA: Lab. Analisi chim.cliniche - Microb.-Vir.-Anatomia e ist. Patol.-Gen.-Imm e S. Trarf.)			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tar nuova EURO
	m1	91.38.5 ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	17,00
	m1	91.39.1 ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	51,00

Segue Tabella 2

m1	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	41,00
m1	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	41,00
m1	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	21,00
m1	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo	41,00
m1	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea	41,00
m1	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice	21,00
m1	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice	21,00
m1	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	21,00
m1	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale	41,00
m1	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale	21,00
m1	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica	59,00
m1	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	21,00
m1	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	70,00
m1	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare	21,00
m1	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)	70,00
m1	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)	21,00
m1	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	65,00
m1	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica	65,00
m1	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali	21,00
m1	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)	21,00
m1	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	70,00
m1	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea	21,00
m1	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)	70,00
m1	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica	70,00
m1	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	70,00
m1	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari	21,00
m1	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale	70,00
m1	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina	21,00
m1	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)	21,00
m1	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)	21,00
m1	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)	70,00
m1	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene	21,00
m1	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare	21,00
m1	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale	21,00
m1	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)	21,00
m1	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)	70,00
m1	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	70,00
m1	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale	21,00
m1	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica	70,00
m1	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia	41,00
m1	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	70,00
m1	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)	119,00
m1	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale	119,00
m1	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare	119,00
m1	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea	70,00
m1	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico	41,00
R m1	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	128,00
m1	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	4,00
I m1	913851	ES. CITOLOGICO DI MATERIALE NAS	17,00

2. 5 - ENDOSCOPIE (BRANCA: GASTROENT.-CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA)			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tar. nuova EURO
m1	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO	55,00
m1	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO	65,00
H m1	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	126,00
m1	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	63,00
m1	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	101,00
m1	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO	66,00
m1	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	68,00
m1	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE	79,00
m1	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	92,00
m1	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	74,00
m1	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	124,00
m1	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	45,00
m1	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	113,00
m1	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	126,00
m1	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO	134,00
m1	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	30,00
m1	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO	54,00
m1	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO	81,00
2.6 - PRESTAZIONI DI RADIOTERAPIA (BRANCA: RADIOTERAPIA)			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tar nuova EURO
m1	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	27,00
m1	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	43,00
m1	92.21.1	ROENTGENTERAPIA	8,00
m1	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA	23,00
m1	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA	27,00
m1	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA	54,00
m1	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	38,00
m1	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	54,00
m1	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	81,00
m1 *	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	830,00
m1	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	40,00
m1 *	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	1106,00
m1	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA	293,00
m1	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	459,00
m1	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	151,00
m1	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	387,00
m1	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	54,00
m1	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	115,00
m1	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	25,00
m1	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	275,00
m1	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	553,00
m1	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	230,00
m1 *	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	1388,00
m1	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	57,00

Segue Tabella 2

m1	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	103,00
m1	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	136,00
m1	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	25,00
m1	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	95,00
m1	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	12,00
m1	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	50,00
m1	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	107,00
m1	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI	91,00
2.7 - PRESTAZIONI DI ORTOPEDIA (BRANCA: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA)			
NOTA	Codice	Descrizione prestazione	Tariffa nuova EURO
m1 H	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA	72,00
m1 H	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	72,00
m1 H	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA	72,00
m1 H	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA	72,00
m1 H	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	58,00
m1 H	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA	72,00
m1 H	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	72,00
m1 H	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	51,00
m1 H	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	51,00
m1 H	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	51,00
m1 H	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	51,00
m1 H	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	51,00
m1	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO	43,00
m1	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO	43,00
m1	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO	43,00
m1	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	11,00
m1	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	19,00
m1	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	35,00
m1	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: Omero-MANO, STIVALE	26,00
m1	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	18,00
m1	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	32,00
m1	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	16,00
m1	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE	8,00
m1	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	5,00
m1	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	35,00
m1	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	30,00
m1	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	11,00
m1	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	19,00
m1	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	30,00
m1	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO	24,00
m1	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA	14,00
m1	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	14,00
NOTA BENE il codice 93.56.1 presente in due branche: Ortopedia-Traumatologia e Altre prestazioni			

TABELLA 3 - NUOVI INSERIMENTI				
BRANCA	NOTA	CODICE	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TARIFFA €
Ortopedia	IH	044301	Liberazione del tunnel carpale	650,00
SPECIFICHE: La tariffa è provvisoriamente stabilita in 650,00 Euro ed è comprensiva di visite ed esami pre e post intervento. In via provvisoria la prestazione viene erogata a totale carico del SSR, senza compartecipazione alla spesa (ticket) da parte del cittadino.				
Oculistica	IH	134101	Facoemulsione ed aspirazione di cataratta	900,00
SPECIFICHE: La tariffa è provvisoriamente stabilita in 900,00 Euro ed è comprensiva di visite ed esami pre e post intervento. In via provvisoria la prestazione viene erogata a totale carico del SSR, senza compartecipazione al costo (ticket) da parte del cittadino.				
Oculistica	I** H Rr	142901	Riparazione di lacerazione della retina mediante trattamento fotodinamico con Verteporfina (Visudyne) .	1450,00
SPECIFICHE: -La prestazione può essere effettuata solo negli ambulatori situati presso i Centri individuati dalla regione Emilia Romagna (= Rr). La prestazione è erogabile solo per le seguenti indicazioni cliniche: in pazienti con degenerazione maculare senile le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale classica. - Non può essere ripetuta più di quattro volte l'anno.				
Diagnostica per immagini: Radiologia Diagnostica	I**	851101	Biopsia [percutanea] mammaria "vacuum assisted" eco-guidata	445,00
Diagnostica per immagini: Radiologia Diagnostica	I**	851102	Biopsia [percutanea] mammaria "vacuum assisted" in stereotassi	461,00
SPECIFICHE: La tariffa è provvisoriamente stabilita in 445,00 e 461,00 Euro; potrà essere rideterminata a seguito di una nuova valutazione dei singoli fattori produttivi. - La prestazione è erogabile secondo linee guida definite a livello regionale.				

BRANCA	NOTA	CODICE	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TARIFFA €
Diagnostica per immagini: Radiologia Diagnostica	I **	887711	Spettroscopia di Risonanza Magnetica del protone (1H-MRS)	609,00
Diagnostica per immagini: Radiologia Diagnostica	I **	887712	Spettroscopia di Risonanza Magnetica del fosforo (31 P-MRS)	609,00
SPECIFICHE: - La prestazione è erogabile solo per le indicazioni cliniche riportate di seguito nella tabella 3A. - La prestazione non è attualmente presente nei nomenclatori tariffari delle altre regioni.				
BRANCA	NOTA	CODICE	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TARIFFA €
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I **	441931	Ecoendoscopia esofagogastroduodenale Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia (45.13) Non associabile a Biopsia [ecoendoscopica] esofagogastroduodenale (441401)	310,00
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I **	441401	Biopsia [ecoendoscopica] esofagogastroduodenale Non associabile a Biopsia [endoscopica] dell'intestino tenue (45.14) Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16) Non associabile a Ecoendoscopia esofagogastroduodenale (441931)	870,00
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I **	521901	Ecoendoscopia biliopancreatica Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia (45.13) Non associabile a Ecoendoscopia esofagogastroduodenale (441931)	350,00
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I **	521401	Biopsia [ecoendoscopica] biliopancreatica Non associabile a Biopsia [endoscopica] dell'intestino tenue (45.14) Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16) Non associabile a Biopsia [ecoendoscopica] esofagogastroduodenale (441401) Non associabile a Ecoendoscopia biliopancreatica (521901)	890,00
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I **	452951	Ecoendoscopia del colon Non associabile a Colonscopia con endoscopio flessibile (45.23) Non associabile a Colonscopia-ileoscopia retrograda (45.23.1) Non associabile a Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24) Non associabile a Biopsia [ecoendoscopica] del colon (452601) Non associabile a Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23) Non associabile a Ecoendoscopia del retto-sigma (482921)	350,00

Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I**	452601	Biopsia [ecoendoscopica] del colon Non associabile a Biopsia [ENDOSCOPICA] dell'intestino crasso (45.25) Non associabile a Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (482401)	890,00
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I**	482921	Ecoendoscopia del Retto-Sigma Non associabile a Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23) Non associabile a Ecoendoscopia del colon (452951) Non associabile a Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (482401)	310,00
Gastroenterologia-Chirurgia ed endoscopia digestiva	H I**	482401	Biopsia [ecoendoscopica] del Retto-Sigma Non associabile a Biopsia [ENDOSCOPICA] del retto-sigma (48.24) Non associabile a Biopsia [ecoendoscopica] del colon (452601)	870,00
<p>SPECIFICHE: Le prestazioni di ecoendoscopia sono erogabili solo per le seguenti indicazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Studio e definizione diagnostica dei tumori a sviluppo sottomucoso (es.: leiomioma, leiomiomasarcoma, lipoma, pancreas ectopico, cisti, neurinomi, ecc.) dell'esofago, stomaco e duodeno, sospettati ma non accertati all'esame endoscopico e/o radiologico con mezzo di contrasto per os, non diagnosticabili con biopsia endoscopica perché crescono negli strati della parete sottostanti alla mucosa. - Studio e definizione diagnostica degli ispessimenti o gigantismi plicali gastrici (es. linite plastica, malattia di Menetrier, varici gastriche, ipertrofie placali reattive, ecc.) nei casi in cui la gastroscopia con biopsia o con macrobiopsia non sia stata dirimente per la diagnosi. - Stadiazione loco-regionale delle neoplasie del tratto digestivo superiore, (esofago, stomaco, duodeno), e di quello inferiore nei casi in cui siano previste opzioni terapeutiche dipendenti dalla stadiazione locale accurata, non ottenibile mediante TC. - Stadiazione del linfoma gastrico primitivo, nei casi in cui siano previste opzioni terapeutiche diverse dalla sola chirurgia in base all'estensione della malattia ed al suo grado di malignità (es.: linfomi MALT a basso grado di malignità). - Studio e definizione diagnostica della patologia biliopancreatica: stadiazione dei tumori solidi di pancreas, papilla di Vater e vie biliari; litiasi e microlitiasi del coledoco, diagnosi differenziale delle lesioni cistiche del pancreas; diagnosi differenziale delle lesioni del coledoco (vegetazioni, stenosi, cisti); pancreatiti croniche per valutazione del parenchima (diagnosi differenziale tra lesioni benigne e non) e/o test di stimolo alla secretina. 				
Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche -microbiologia- virologia- anat. e istol. patologica- genetica- immunoematologia e s.trasf.	I** Rr	913031	Test di farmacoresistenza per HIV	225,00
<p>SPECIFICHE: La prestazione è erogabile secondo linee guida definite a livello regionale.</p>				

Medicina Fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi e Neurolesi	I **	930101	Valutazione funzionale complessa delle disabilità neuromotorie infantili	75,00
Medicina Fisica e Riabilitazione - Recupero e Riabilitazione Funzionale Dei Motulesi e Neurolesi	I **	930102	Valutazione funzionale successiva delle disabilità neuromotorie infantili	43,00
SPECIFICHE: La prestazione è erogabile secondo linee guida definite a livello regionale.				

Tab. 3A - Indicazioni dell'esame di Spettroscopia di Risonanza Magnetica (MRS)

N	MRS MUSCOLARE	
1	Miopatie metaboliche	La prestazione è indicata per la diagnosi di a) miopatie mitocondriali; b) glicogenosi muscolari. L'esame MRS è di screening in presenza di quadro clinico e laboratoristico suggestivo. L'esame MRS permette di eliminare dall' iter diagnostico diversi esami strumentali e di laboratorio quali: EMG, test aerobico od ischemico per il lattato, biopsia muscolare. Un esame MRS positivo potrà essere seguito dall'indagine molecolare su sangue.
2	Distrofie muscolari e miositi	La prestazione è indicata per la diagnosi differenziale nei casi di esame bioptico muscolare non-conclusivo
3	Diagnosi di portatrice di Duchenne/Becker	<i>La prestazione è indicata quando il probando non è disponibile e nei casi in cui l'analisi immunoistochimica per la distrofina effettuata su biopsia muscolare e la genetica molecolare non siano conclusivi.</i>
MRS CEREBRALE		
4	Sindromi extrapiramidali	<i>La prestazione è indicata per la diagnosi differenziale tra a) Morbo di Parkinson ed b) altre Sindromi Parkinsoniane (sindrome di Steele-Richardson-Olszewski, atrofia multisistemica, degenerazione cortico-basale) in presenza di quadro clinico, MRI ed esame neurofisiologico non conclusivi.</i>
5	Sclerosi multipla	La prestazione è indicata per la diagnosi di sclerosi multipla quando risultati non accertata mediante MRI, esame liquorale ed esame neurofisiologico.
6	Processi espansivi endocranici	La prestazione è indicata nei casi con quadro clinico e MRI cerebrale non conclusivo, con specifico riferimento alla diagnosi differenziale tra: a) tumore solido primitivo, metastatico, linfoma ed ascesso; b) recidiva neoplastica e necrosi da radioterapia; c) linfoma e toxoplasmosi (in genere in soggetti HIV-positivi) che spesso può essere posta solo con biopsia cerebrale; d) guida della biopsia cerebrale.
7	Insufficienza epatica	La prestazione è indicata per: a) diagnosi differenziale tra encefalopatia epatica e altre forme di deterioramento in presenza di quadro clinico, neuropsicologico e radiologico non conclusivo; b) valutazione pre-trapianto del grado di reversibilità del danno neuronale nei pazienti candidati; c) identificazione precoce di danno a carico del SNC da terapia immunosoppressiva dopo trapianto nei pazienti con MRI negativa; d) valutazione del danno neuronale nei pazienti in coma da insufficienza epatica acuta: selezione dei casi da avviare al trapianto
8	Malattie del metabolismo	La prestazione è indicata per la diagnosi di: a) Sindrome di Reye; b) Deficit di creatina; c) Iperglicinemia; d) Malattia di Canvan (diagnosi differenziale con altre forme di leucodistrofia) e) Malattie mitocondriali primitive
9	Epilessia del lobo temporale	La prestazione è si inserisce nell'ambito del protocollo di studio pre-chirurgico delle epilessie temporali farmaco-resistenti per: a) localizzazione del focus epilettogeno in caso di esame MRI negativo; b) valutazione della funzionalità del lobo temporale contro-laterale a quello con focus epilettogeno. La MRS è il singolo metodo più sensibile ed accurato per la lateralizzazione del focolaio epilettogeno (lateralizzazione nell' 86%). L'EEG, la tecnica tradizionale di lateralizzazione, spesso mostra anomalie bilaterali ed, in ogni caso richiede lunghi periodi di monitoraggio continuo e con conseguenti costi.
10	Trauma cranico	La prestazione è indicata per la quantificazione del danno assonale diffuso nei casi con grave discrepanza tra quadro clinico ed MRI.
11	Sofferenze anosso-ischemiche perinatali	La prestazione è indicata per la quantificazione del danno anosso-ischemico cerebrale perinatale in presenza di quadro ecografico ed MRI non conclusivo.
12	Sclerosi laterale amiotrofica	La prestazione è indicata in presenza di quadro clinico ed esame neurofisiologico non conclusivi.

Segue Tab. 3A

Malattie rare (dall'elenco del Ministero della Sanità) per le quali è indicato l'esame MRS

Codice esenzione (Ministero Sanità)	Definizione Malattia e/o gruppo	Numero dell' indicazione (vedi indicazioni per l'esame MRS)
RBG010	Neurofibromatosi	6. - processi espansivi endocranici
RCG050	Disturbi del ciclo dell'urea: - iperammoniemia ereditaria	7. - insufficienza epatica
RCG060	Disturbi del metabolismo e del trasporto dei carboidrati: - Glicogenosi	1. - miopatie metaboliche
RCG070	Alterazioni congenite del metabolismo delle lipoproteine: - Disturbi del metabolismo intermedio degli acidi grassi e dei mitocondri	1. - miopatie metaboliche
RC0150	Wilson malattia di	7. - insufficienza epatica 8. - malattie del metabolismo
RFG010	Leucodistrofie: -Alexander malattia di -Canvan malattia di -Krabbe Malattia di -Leucodistrofia metacromatica	8. - malattie del metabolismo
RF0010	Alpers malattia di	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RF0020	Kearns-Sayre sindrome di	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RF0030	Leigh malattia di	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RF0040	Rett sindrome di	8. - malattie del metabolismo
RF0050	Atrofia Dentato Rubropallidoluysiana	4. - sindromi extrapiramidali
RF0080	Corea di Huntington	4. - sindromi extrapiramidali
RFG040	Malattie Spinocerebellari: -Atassia di Friedreich -Paraplegia spastica ereditaria -Atassia Friedreich-like (deficit fam. Di vit E)	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RFG050	Atrofie Muscolari Spinali: -Kennedy malattia di	8. - malattie del metabolismo
RF 0120	Adrenoleucodistrofia	8. - malattie del metabolismo
RF0170	Steele-Richardson-Olszewski Sindrome di	4. - sindromi extrapiramidali
RFG080	Distrofie muscolari: -Becker Distrofia di -Duchenne Distrofia di	2. - Distrofie muscolari e miositi 3. - Diagnosi di portatrice di Duchenne/Becker
RFG090	Distrofie Miotoniche	2. - Distrofie muscolari e miositi
RF0300	Atrofia ottica di Leber	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RM0010	Dermatomiosite	2. - Distrofie muscolari e miositi
RM0020	Polimiosite	2. - Distrofie muscolari e miositi
RN0710	MELAS sindrome	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RN0720	MERRF Sindrome	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo
RN1600	Pearson Sindrome di	1. - miopatie metaboliche 8. - malattie del metabolismo