

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Mercoledì 27 **del mese di** Luglio
dell' anno 2011 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Saliera Simonetta	Vicepresidente
2) Bianchi Patrizio	Assessore
3) Bortolazzi Donatella	Assessore
4) Freda Sabrina	Assessore
5) Gazzolo Paola	Assessore
6) Marzocchi Teresa	Assessore
7) Melucci Maurizio	Assessore
8) Mezzetti Massimo	Assessore
9) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
10) Peri Alfredo	Assessore
11) Rabboni Tiberio	Assessore

Presiede la Vicepresidente Saliera Simonetta
attesa l'assenza del Presidente

Funge da Segretario l'Assessore Muzzarelli Gian Carlo

Oggetto: AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA
SPECIALISTICA AMBULATORIALE E DELLE RELATIVE TARIFFE

Cod.documento GPG/2011/1173

Num. Reg. Proposta: GPG/2011/1173

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza"(LEA) ed in particolare l'allegato 2 C, che prevede la possibilità organizzativa di erogare in regime ambulatoriale le prestazioni attualmente effettuate in regime di ricovero, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse;
- l'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (atto rep. n. 2271), in particolare l'articolo 4 comma 1, lettera b, con il quale si prevede l'adozione di provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera al fine di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero;
- la legge n.296 del 27 dicembre 2006 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (legge finanziaria 2007), ed in particolare l'articolo 1, comma 797, lettera q;
- l'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR), ed in particolare l'art.6 comma 5 che, al fine di razionalizzare e incrementare l'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, individua con l'allegato A, una lista di "Prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili in regime ambulatoriale";
- l'intesa del 2009 soprarichiamata prevede, tra l'altro, che: "le Regioni e le provincie autonome provvedano a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera

da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero”;

- la Legge n. 449 del 27 dicembre 1997, ed in particolare l'art. 35, comma 3;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 410 del 25 marzo 1997: "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe";
- n. 593 del 1 marzo 2000: "Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale";
- n. 2354 del 5 novembre 2001: "Adeguamento all'introduzione all'euro dei tariffari per "prestazioni ambulatoriali" e per "prestazioni rese dal dipartimento di sanità pubblica e dall'Arpa";
- n. 262 del 24 febbraio 2003: "Modifica del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche ";
- n. 1065 del 31 luglio 2006:"Modifiche e integrazioni al nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche della branca di radioterapia. approvazione di linee guida generali per l'applicazione del nomenclatore tariffario regionale della branca di radioterapia";
- n. 290 dell' 8 febbraio 2010: "Revisione delle tariffe relative alle prestazioni dei centri ambulatoriali di riabilitazione (car) delle strutture ex art. 26 della l. 833/78. Ipotesi di ridefinizione dell'assistenza rivolta alle persone con disabilità, fisica, psichica e sensoriale";
- n. 1779 del 2 novembre 2010 "Inserimento nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali delle prestazioni tsh - reflex e psa - reflex";

Preso atto di quanto previsto dall'art.79, comma 1-quinques, del DL 12/2008 convertito con la Legge n. 133/2008, che modifica le disposizioni per la determinazione delle tariffe massime per l'assistenza specialistica ed il ricovero ospedaliero da parte delle regioni, prevedendo la semplificazione delle modalità di

determinazione delle tariffe con possibilità di utilizzare anche costi standard e tariffari già disponibili presso le regioni;

Considerato pertanto che per le prestazioni individuate dall'allegato A del Patto per la salute del 2009 sopracitato, le tariffe potessero essere determinate modulandole sulla base di quelle individuate per le analoghe prestazioni erogate in day surgery e considerando al contempo i tariffari già disponibili presso altre regioni;

Ritenuto inoltre di trasferire ulteriori prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale determinandone le relative tariffe, o attraverso una modulazione delle tariffe ospedaliere per prestazioni analoghe laddove non esistevano tariffe, negli altri casi le tariffe discendono dal superamento di precedenti assimilazioni con introduzione del codice specifico o dall'accorpamento per pacchetti di singole prestazioni già esistenti;

Dato atto che al fine di valutare l'impatto quantitativo, sia in termini numerici che economici, del trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, è stata analizzata e considerata "trasferibile" la casistica facente riferimento all'erogato in regime di day surgery o ordinario di un giorno in soggetti di età superiore a 17 anni, in cui il codice della prestazione rappresenta la sola procedura codificata all'interno della scheda nosologica, e che i dati di tale analisi sono agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri e del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;

Rilevato inoltre, per esigenze di appropriatezza prescrittiva, la necessità di individuare codici di visita specialistica specifici per ciascuna branca, per le quali si mantengono le tariffe vigenti;

Considerato altresì opportuno procedere agli adeguamenti tariffari di prestazioni già esistenti Tab. 2, e alle integrazioni/modifiche di dizione di prestazioni già esistenti Tab. 3;

Preso atto che, ai sensi dell'art. 6, comma 5, dell'Intesa Stato Regioni del dicembre 2009 sopra citata, gli inserimenti di nuove prestazioni inclusi quelle di chirurgia ambulatoriale sono assoggettati al sistema di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini;

Ritenuto pertanto di adempiere a quanto sopra indicato attraverso l'integrazione del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR 410/1997 e successive modificazioni;

Rilevato inoltre che la proposta definitiva è stata dettagliatamente vagliata nelle sue ricadute economiche dai servizi regionali competenti;

Ritenuto di fare proprie le argomentazioni in premessa, si procede pertanto alla revisione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con le modifiche dettagliate nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente atto, che riguardano:

- l'inserimento di nuove prestazioni individuate dal "Patto per la salute per gli anni 2010-2012" (Intesa Stato-Regioni 03/12/2009) TAB 1a;
- l'inserimento di nuove prestazioni erogabili in regime ambulatoriale TAB 1b;
- l'inserimento dei codici delle visite specifiche di ciascuna branca TAB 1c;
- gli adeguamenti tariffari di prestazioni di piccola chirurgia già esistenti TAB 2;
- le integrazioni di dizione delle prestazioni TAB 3;

Ritenuto inoltre di stabilire che i contenuti del presente atto abbiano effetto con decorrenza dal il primo giorno del mese successivo a quello di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT;

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 e smi, "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Carlo Lusenti;

A voti unanimi e palesi

d e l i b e r a

- 1) di apportare, sulla base delle motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate, le modifiche e le integrazioni al Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo le denominazioni, i codici e le tariffe analiticamente riportati nelle tabelle di cui all'allegato n° 1 che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di stabilire, inoltre, per le patologie croniche invalidanti (D.M. 329/99 e ssm.) la dove previste, l'esenzione delle visite di controllo individuate con i codici specifici e riportate in tabella 1c;
- 3) di stabilire che le modificazioni e le integrazioni introdotte con il presente atto decorrano dal primo giorno del mese successivo a quello di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT;
- 4) di pubblicare il presente atto, comprensivo dell'allegato n°1, sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT.

- - - - -

Modifiche e integrazioni al Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale

Premessa

Il presente provvedimento, riguardante l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ha tratto ispirazione per le codifiche delle nuove prestazioni dall'elenco definito nell'ambito del progetto "Classificazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale", avviato dal Ministero della Salute, all'interno del più ampio progetto dei mattoni¹ finalizzato al ridisegno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario da realizzare su tutto il territorio nazionale, al quale hanno contribuito le società scientifiche e gli esperti individuati dalle regioni.

Nell'ambito del progetto citato è stata realizzata una sorta di "manutenzione" del Nomenclatore tariffario esistente, con lo scopo di eliminare le prestazioni ritenute obsolete, di introdurre nuove prestazioni rese disponibili dall'evoluzione delle tecnologie; di modificare definizioni, proprietà, attributi, condizioni di erogabilità, ecc., delle prestazioni attualmente presenti nel nomenclatore.

L'intervento di revisione ha tenuto conto anche dei nuovi contesti organizzativi (ridefinizione di day-hospital, day-surgery, chirurgia ambulatoriale, ecc.), in particolare per quanto riguarda la possibilità di erogare in un contesto ambulatoriale prestazioni che fino ad oggi erano erogabili in regime di ricovero.

Uno dei contributi del progetto, che qui si è voluto richiamare, è stato quello di aver cercato di recuperare quel linguaggio comune a livello nazionale, ricorrendo per la codifica delle prestazioni al sistema di classificazione ICD-9-CM, per garantire la confrontabilità delle informazioni rilevate a livello delle diverse regioni.

Per quelle prestazioni o pacchetti di prestazioni, non considerate nell'ambito del progetto citato, ritenute necessarie per monitorare in maniera puntuale specifici programmi regionali (es. Direttiva sul percorso nascita) le prestazioni sono state codificate, sempre sulla base del sistema di classificazione ICD-9-CM, ma con le modalità in uso presso la Regione Emilia-Romagna che prevede il ricorso ad un codice a sei cifre senza punti separatori.

Le modifiche effettuate sono riportate all'interno delle tabelle seguenti:

- **TABELLA 1 - NUOVI INSERIMENTI**
 - 1.a "Patto per la salute per gli anni 2010-2012"
 - 1.b Nuovi inserimenti di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale
 - 1.c Visite specifiche per branca
- **TABELLA 2 - ADEGUAMENTI TARIFFARI DI PRESTAZIONI GIÀ ESISTENTI**
- **TABELLA 3 - INTEGRAZIONI/MODIFICHE DI DIZIONE DELLA PRESTAZIONE**

¹ Il Progetto "MATTONI SSN" venne approvato in Conferenza Stato Regioni nella [seduta del 10 Dicembre 2003](#) con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

LEGENDA DEI CONTRASSEGNI IN "NOTA" UTILIZZATI	
contrassegni come da D.M. 22.07.96	
Escluso:	Le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione
Incluso:	Il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice
Codificare anche:	Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificato in aggiunta.
NAS:	Non altrimenti specificato
*	indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida riportate nell'allegato 2 del decreto integrate dai provvedimenti regionali.
A	Indica l'accorpamento per profilo di trattamento di due o più prestazioni, come identificate nell'allegato 1. Tali accorpamenti, con le tariffe corrispondenti, dovranno essere specificamente codificati.
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 della Regione Emilia-Romagna	
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
**	indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida definite a livello regionale
as	evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.07.96
as 1	evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.07.96 per prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo di ulteriori procedure che debbono essere codificate in aggiunta
m	evidenzia le diverse tipologie di visita specialistica, con tariffa rideterminata
m1	evidenzia le altre tipologie di prestazioni specialistiche, con tariffa rideterminata

TABELLA 1 - NUOVI INSERIMENTI:

1.a "Patto per la salute per gli anni 2010-2012" (Accordo stato-regioni 03/12/2009)

Allegato A (cfr. Articolo 6, comma 5)

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.140,00
NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.800,00
OCULISTICA	I H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	1.100,00
OCULISTICA	I H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	1.100,00
OCULISTICA	I**	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fatico) Incluso: impianto di lenti, visite e prestazioni pre e post intervento Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	918,00
**Per i pazienti con anisometropia grave (superiore a 4-5 diottrie) Per i pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali				
OCULISTICA	I H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE Incluso: impianto lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione	918,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
			a 95.13 "Biometria"	
OCULISTICA	I H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO ARTIFICIALE.	850,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.500,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ed eventuale shaving cartilagineo	1.500,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
UROLOGIA	I H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Prima seduta . Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2.	770,00
UROLOGIA	I H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Per seduta successiva alla prima . Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1.	400,00
UROLOGIA	I H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta . Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	400,00

1.b Nuovi inserimenti di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA GENERALE ENDOCRINOLOGIA	I	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	67,80
CHIRURGIA PLASTICA	I**	868101	TRATTAMENTO DELLA LIPODISTROFIA LOCALIZZATA	650,00
** Il trattamento è riservato esclusivamente a pazienti con HIV sintomatico in trattamento antiretrovirale.				
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I H	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	26,55
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I H	38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I H	38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO Escluso trombosi dell'ostio.	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA/ NEFROLOGIA	I H	38.94	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port].Incluso: radiografia di controllo	284,90
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA/ NEFROLOGIA	I H	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	284,90
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA/ NEFROLOGIA	I H	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	154,90
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I**	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA Non associabile a cod. 88.75.1 ecografia dell' addome inferiore	70,00

La prestazione è esente ai sensi del D. M. 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";

****Obiettivo 2** della DGR n° 533 del 21/04/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita" :

predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna.

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA ORTORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1300,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.42.4	TC DEL CUORE SENZA MDC Incluso: Cod 88.90.2 Ricostruzione tridimensionale tc	106,40
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC Incluso: Cod 88.90.2 Ricostruzione tridimensionale tc Non associabile a cod. 87.42.4 cod 87.42.6 TC coronarografia	158,05
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.42.6	TC CORONAROGRAFIA SENZA E CON MDC Incluso: Cod 88.90.2 Ricostruzione tridimensionale tc Non associabile a cod 88.42.5 TC del cuore senza e con mdc	158,05
Con le tre nuove prestazioni (codd. 87.42.4, 87.42.5 e 87.42.6) vengono superate le assimilazioni (as1) riguardanti la TC cuore Multistrato individuate con: i codd. (87.41 + 88.90.2) e (87.41.1 + 88.90.2)				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a Tomografia Computerizzata (Tc) Dell' Addome Superiore cod.88.01.1 E Tomografia Computerizzata (Tc) Dell' Addome Superiore, Senza E Con Contrasto cod. 88.01.2	176,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I**	88.01.9	TC COLON SENZA MDC Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	120,00
<p>** L'indicazione principale alla colonscopia virtuale è nello studio del colon in individui che non hanno completato la colonscopia tradizionale per eccessiva lunghezza del colon, presenza di neoformazioni occludenti, angolature determinate da esiti d'intervento chirurgico o da ernia addominale, e nei casi d'intolleranza del paziente.</p> <p>Può essere inoltre preferita all'esame tradizionale nei soggetti fragili e/o anziani; ad esempio un paziente con malattia cardio-polmonare in terapia con anticoagulanti dovrebbe vedere preferita la colonscopia virtuale all'esame tradizionale, più traumatico, dove è alto il rischio di un sanguinamento non controllabile, nella diverticolite quando rischioso l'esecuzione di una colonscopia tradizionale.</p> <p>Non interessa per la stadiazione preoperatoria.</p>				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a 88.95.1, 88.95.2, 88.95.4, 88.95.5	300,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	IR*	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a Ecografia dell' Addome Superiore cod. 88.74.1, Ecografia dell' Addome Inferiore cod 88.75.1 e Ecografia Addome Completo 88.76.1	84,00
*Morbo di Crohn ed Invaginazione del piccolo intestino				

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	I**	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	850,00
** Nei casi di sanguinamento oscuro, dopo EGDS e colonscopia totale negative.				
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	I	904260	TRIPTASI (metodo immunometrico) [S]	15,50
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913810	ANALISI MUTAZIONALE GENE BRCA1 (TEST COMPLETO) Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali 91.38.1 RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	1600,00
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913811	ANALISI MUTAZIONALE GENE BRCA2 (TEST COMPLETO) Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali 91.38.1 RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	1900,00
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913812	RICERCA DI MUTAZIONE FAMILIARE IN BRCA1 O BRCA2 (TEST MIRATO): Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	350,00
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913813	RICERCA RIARRANGIAMENTI BRCA1 O BRCA2 MEDIANTE MLPA Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	430,00
**Le prestazioni codice 913810, 913811, 913812, 913813 possono essere prescritte ed erogate solo all'interno dei Centri HUB individuati nell'ambito del percorso relativo al rischio eredo familiare del ca della Mammella di cui alla DGR 220/2011				
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESIS	I	93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	7,75
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE -	I	93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA Finalizzata al collaudo	7,75

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII				
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	7,75
NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1300,00
NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I**	98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi.	60,00
**per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla.				
OCULISTICA	I H	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Incluso visita pre e post procedura Escluso costo farmaco	290,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRRAFIA non associabile alla prestazione cod. 87.83 isterosalpingografia e cod 87.83.2 isterosonografia	55,00
Viene quindi superata la precedente assimilazione (as) cod.88.79.7 ECOGRAFIA TRANSVAGINALE				
OSTETRICIA E GINECOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.83.2	ISTEROSONOGRRAFIA [idrosalpingosonografia] non associabile a cod.88.78.2 ecografia ginecologica	44,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	**A I Rr	887801	TEST COMBINATO Incluso: Ecografia ostetrica (translucenza nucale) e Bitest (HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A) Non associabile all'ecografia ostetrica codice 88.78 ed al prelievo di sangue venoso codice 91.49.2	80,00
<p>** Il test combinato, eseguito di norma tra la 11[^] e la 13[^] settimana di gravidanza, comprende l'esecuzione dell'ecografia ostetrica per la translucenza nucale associata, per garantire una maggiore accuratezza diagnostica, al dosaggio della free-βHCG e della PAPP-A (c.d. bitest). Viene quindi superata la precedente assimilazione (as1) del Bitest al codice 90.27.4 FREE-BETA HCG + al codice 90.27.5 PAPP-A [proteina A plasmatica associata alla gravidanza]) e (as) dell'Ecografia Genetica (misura ecografica della translucenza nucale) con il codice 88.78. La tariffa è composta dal Bitest + prelievo venoso (euro 26.85 + 2,60)e dall'ecografia (euro 50,55).</p> <p>La DGR 533/08, obiettivo 1, prevede la diffusione di questo esame che permette un aumento dell'efficienza dei programmi di diagnosi prenatale, riservando invece il ricorso ai test invasivi a rischi definiti. Questo garantisce alle pazienti indagini adeguate e nel contempo costi più contenuti per il SSR , a fronte di una prevista diminuzione dei test invasivi eseguiti (amniocentesi o villo centesi). L'esame consente quindi una riduzione dei rischi ostetrici legati alla tecnica invasiva nonché una riduzione dei costi.</p> <p>A fronte di tale previsione <u>l'esenzione dalla partecipazione alla spesa prevista per l'ecografia ostetrica del primo trimestre (D.M. 10 settembre 1998*) è applicabile anche alla prestazione "Test Combinato".</u></p> <p>* "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";</p>				
OSTETRICIA E GINECOLOGIA/ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	43,40
OTORINOLARINGOIA TRIA	IH	31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA Incluso: protesi	400,00
ALTRE PRESTAZIONI	A I	907501	CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) Incluso: Cod 89.01 visita di controllo, Cod. 91.49.2 prelievo di sangue venoso, Cod. 90.75.4 tempo di protrombina (PT) Per accesso individuale. Ciclo di 10 accessi Prescrivibile 1 unico ciclo per ricetta	20,00
ALTRE PRESTAZIONI	A I Rr	851901	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE Incluso: Visita Generale (senologica) cod. 89.7 ed Ecografia della Mammella bilaterale cod. 88.73.1	68,90
<p>Rr = erogabile:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nelle strutture individuate dalle aziende sanitarie per percorsi urgenti ed urgenti differibili nei casi di patologia mammaria sintomatica per donne con età < a 40 anni (DGR 1035/09); 2. nei centri spoke individuati dalle aziende sanitarie ai fini dei percorsi di cui alla DGR 220/10 "Rischio eredo familiare per il carcinoma della Mammella - approvazione Linee Guida per le Aziende sanitarie della regione Emilia - Romagna 				

1.c Visite specifiche per branca

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
ANESTESIA	I	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO per valutazione terapia del dolore	18,00
ANESTESIA	I	89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale.	23,00
CARDIOLOGIA	I	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
CARDIOLOGIA	I	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	23,00
CHIRURGIA GENERALE	I	89.01.4	VISITA CHIRURGICA GENERALE DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA GENERALE	I	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	23,00
CHIRURGIA PLASTICA	I	89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA PLASTICA	I	89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	23,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	23,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	23,00
DERMOSIFILOPATIA	I	89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
DERMOSIFILOPATIA	I	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	23,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	I	89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	18,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	I	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
ENDOCRINOLOGIA	I	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
ENDOCRINOLOGIA	I	890180	VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
ENDOCRINOLOGIA	I	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
ENDOCRINOLOGIA	I	897A80	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA.	23,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
			Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	I	89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	18,00
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	I	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	23,00
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	18,00
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	23,00
NEFROLOGIA	I	89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato-	18,00
NEFROLOGIA	I	89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto- Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
NEUROCHIRURGIA	I	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO	18,00
NEUROCHIRURGIA	I	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA].	23,00
NEUROLOGIA	I	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO	18,00
OCULISTICA	I	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	18,00
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	I	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA / MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO	18,00
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	I	89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA/ MAXILLOFACCIALE.	23,00
ONCOLOGIA	I	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO Incluso: chemioterapia orale	18,00
ONCOLOGIA	I	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento. Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I	89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	18,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	23,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. Non associabile a 89.26.3	23,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. Non associabile a 89.26.4	18,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. Non associabile a 89.26.1	23,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO Incluso: eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. non associabile al codice 89.26.2	18,00
Il codice 89.26 (VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica - Esame pelvico) viene sostituito con i codici 89.26.1, 89.26.3				
OTORINOLARINGOIATRIA	I	89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO	18,00
OTORINOLARINGOIATRIA	I	89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	23,00
PNEUMOLOGIA	I	89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
PNEUMOLOGIA	I	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	23,00
RADIOTERAPIA	I	89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	18,00
RADIOTERAPIA	I	89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso:stesura del piano di trattamento. Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
UROLOGIA	I	89.01.Q	VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	18,00
UROLOGIA	I	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	23,00
ALTRE PRESTAZIONI	I	89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA Incluso: Primo colloquio, Costruzione di un albero familiare, Anamnesi personale e familiare. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	23,00
ALTRE PRESTAZIONI	I	91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	18,00

Le visite di controllo individuate con i codici specifici hanno diritto, la dove è previsto, all'esenzione dal pagamento del ticket ai sensi del D.M. 329/99 e ssm. (Regolamento recante

norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124)

TABELLA 2 - adeguamenti tariffari di prestazioni già esistenti

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	H m1	38.59.1	MINISTRIPPING [VARICECTOMIA] DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali - Escluse le safene ed indipendentemente dal numero di vasi collaterali trattati	600,00
OCULISTICA	m1	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	70,00
OCULISTICA	I H m1	134101	FACOEMULSIONAMENTO ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA La tariffa è comprensiva di visite ed esami pre e post intervento	920,00
ORTORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H m1	044301	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE La tariffa è comprensiva di visite ed esami pre e post intervento	665,00

Le prestazioni liberazione del tunnel carpale codice 044301, e di facoemulsione ed aspirazione di cataratta codice 134101, introdotti con la DGR n.262 del 2003, ed esentati in via transitoria dalla partecipazione alla spesa, dovranno essere assoggettati alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino, al pari di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulla base di quanto stabilito dall'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

TABELLA 3 - integrazioni/modifiche di dizione della prestazione

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
DERMOSIFILOPATIA OSTETRICIA E GINECOLOGIA		70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA compresi condilomi vaginali	29,75
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI		93.03	VALUTAZIONE PROTESICA Finalizzata al collaudo	7,75
Viene quindi superata la precedente assimilazione (as) Collaudo protesi cod. 93.03				
NEUROLOGIA		89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA].	23,00
ALTRE PRESTAZIONI		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	4,40
ALTRE PRESTAZIONI		93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	1,10
ALTRE PRESTAZIONI		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: le prime visite specificamente codificate.	23,00
ALTRE PRESTAZIONI		89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate: Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame del Neglect; esame psicodiagnostico.	18,00
ALTRE PRESTAZIONI		89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Escluso: le prime visite specificamente codificate	23,00

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Mariella Martini, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2011/1173

data 13/07/2011

IN FEDE

Mariella Martini

omissis

L'assessore Segretario: Muzzarelli Gian Carlo

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'