



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Servizio Sanità, lavoro e politiche sociali

Codice sito: 4.10/2021/115/CSR

Al Presidente della Conferenza
delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Emilia-Romagna
Coordinatore Commissione salute
sanita@postacert.regione.emilia-romagna.it

All'Assessore della Regione Piemonte
Coordinatore Vicario Commissione salute
commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)

E, p.c. Al Ministero della salute

- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Dipartimento della programmazione e
dell'ordinamento del Servizio sanitario
nazionale - Direzione generale della
programmazione sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze

- Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

All'Assessore della Regione Lombardia
Vice-Coordinatore Commissione salute
welfare@pec.regione.lombardia.it

Oggetto: Intesa, ai sensi dei commi 5 e 7 dell'art. 8-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni, sullo schema di decreto concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica.



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI
E LE AUTONOMIE

Ufficio per il coordinamento delle attività della segreteria
della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato,
le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

Si trasmette la nota del 29 dicembre 2021 con la quale il Ministero della Salute ha inviato, ai fini del perfezionamento dell'intesa da parte della Conferenza Stato Regioni lo schema di decreto indicato in oggetto che sarà reso disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2021/115/CSR.

Al riguardo si comunica che è convocata una riunione tecnica, in modalità videoconferenza, per il giorno 17 gennaio 2022, alle ore 13.00, alla quale si chiede anche la partecipazione dei rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze.

Pertanto, si invita a far pervenire, entro le ore 18.00 del 14 gennaio 2022, all'indirizzo e-mail: m.melis@governo.it e l.amantea@governo.it, i nominativi dei rappresentanti che parteciperanno all'incontro ed i relativi indirizzi di posta elettronica, al fine dell'invio dei parametri di accesso che saranno comunicati entro le ore 11.00 del giorno della riunione la quale sarà aperta dalle ore 12.45. Infine si ricorda che coloro che parteciperanno all'incontro, dovranno inserire espressamente il proprio nome al fine del riconoscimento.

Il Capo Dipartimento
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Firmato digitalmente da
SINISCALCHI ERMENEGILDA
C.F.
PRESIDENZA CONSIGLIO
DEI MINISTRI

AC/MM

**PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
(ALLEGATO 4 DPCM LEA 12.01.2017)**

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
02.39.1	PUNTURA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE	€ 187,50	
02.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO Non associabile a Visita neurologica di controllo 89.01.C	€ 23,00	
02.95	RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO	€ 38,80	
03.31	RACHICENTESI	€ 187,50	
03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali. Incluso farmaco	€ 52,40	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco	€ 157,95	
03.91.2	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE [RIFORNIMENTO]. Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento Non associabile a 03.91.1. Incluso farmaco	€ 105,00	
03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide]. Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8). Incluso farmaco	€ 103,25	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
03.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	€ 23,00	
03.96.1	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI	€ 103,25	
03.96.2	BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA. Intero trattamento	€ 103,25	
03.99.1	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 998,25	
04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione). Asportazione di neuroma periferico. Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	€ 57,95	
04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	€ 51,60	
04.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI	€ 57,95	
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 654,00	
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.245,00	
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	€ 1.245,00	
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica	€ 51,65	
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento	€ 15,45	
04.93	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	€ 57,95	

05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco	€ 77,45
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco	€ 129,50
06.01	AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 70,00
06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 56,00
06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	€ 72,70
06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	€ 72,70
08.01	INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	€ 15,50
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia,Tarsorrafia	€ 16,00
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	€ 17,20
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	€ 32,15
08.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	€ 32,15
08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	€ 32,15
08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	€ 53,90
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	€ 38,20
08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA	€ 1.002,00
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	€ 47,05
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	€ 80,80
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	€ 183,70
08.51	CANTOTOMIA	€ 13,60
08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	€ 48,35
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72)	€ 360,95
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)	€ 1.002,00
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)	€ 1.002,00
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	€ 37,35
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	€ 35,80
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	€ 81,00
08.92	DEPILAZIONE CRIOCIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 26,75
08.99.2	INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIOCLARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco	€ 15,00
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	€ 38,35
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 72,80
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	€ 41,00
09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	€ 40,90
09.21	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	€ 72,80
09.42	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	€ 16,45
09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	€ 67,85

la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali

09.44	INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino	€ 1.032,00
09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE	€ 38,60
09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	€ 38,60
09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 228,65
09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: oblitterazione del punto lacrimale	€ 206,00
10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE	€ 516,00
10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	€ 31,25
10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	€ 31,25
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO	€ 109,05
10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 56,60
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco	€ 11,40
11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA	€ 78,00
11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA	€ 206,00
11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 71,10
11.43	CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA	€ 32,10
11.53.1	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE	€ 433,00
11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI	€ 354,65
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	€ 123,00
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	€ 89,80
11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale]. Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi	€ 1.343,00
11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica	€ 40,00
12.14	IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)	€ 111,35
12.22	BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE	€ 111,35
12.22.1	AGOBIOPSIA IRIDE	€ 111,35
12.31	LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER	€ 1.032,00
12.35.1	IRIDOPLASTICA/COREOPLASTICA	€ 69,60
12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	€ 69,60
12.59	TRABECULOPLASTICA Mediante laser	€ 69,60
12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	€ 463,00
12.72	CICLOCRIOTERAPIA	€ 109,05
12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	€ 108,45
12.82	RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA	€ 420,00
12.84	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA	€ 1.032,00
12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	€ 33,20
12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco	€ 516,00
12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco	€ 420,00
13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	€ 605,05
13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	€ 94,80
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino	€ 771,05
13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti	€ 771,05
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	€ 771,05
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	€ 550,60
14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOterapia	€ 64,70
14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Minimo tre sedute	€ 516,00

14.24.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occhio. Incluso farmaco	€ 1.516,00
14.24.2	TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	€ 115,00
14.24.3	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE	€ 61,00
14.29.1	TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	€ 1.400,00
14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 70,20
14.34	FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	€ 78,10
14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	€ 28,00
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone. Include le sostanze	€ 516,00
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Escluso: costo del farmaco	€ 268,15
16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	€ 47,05
16.71	RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARE (a scopo igienico)	€ 2,55
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare. Incluso farmaco	€ 36,15
18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	€ 13,45
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 16,15
18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)	€ 215,00
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21	€ 15,75
18.31.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 241,00
19.4	RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA	€ 29,90
20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio	€ 23,00
20.09.1	MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO	€ 21,50
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	€ 54,20
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	€ 25,85
20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE	€ 9,05
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	€ 14,25
20.94	INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. Incluso farmaco	€ 22,00
20.94.A	MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA	€ 22,00
21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	€ 14,00
21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE	€ 26,80
21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa	€ 18,60
21.22	BIOPSIA DEL NASO	€ 25,85
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	€ 25,55
21.69.1	TURBINOPLASTICA [turbinectomia, frattura turbinati, decongestione chirurgica dei turbinati]	€ 400,00
21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	€ 25,15
21.88	SETTOPLASTICA	€ 400,00
21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	€ 25,55
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	€ 25,85
22.02	ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)	€ 25,85
22.11	BIOPSIA DEI SENI NASALI	€ 25,85
22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione	€ 19,00
22.19.2	MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI	€ 22,00

la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali

22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	€ 64,00
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	€ 64,00
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	€ 12,15
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia	€ 17,85
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia	€ 33,05
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	€ 20,80
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	€ 38,35
23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	€ 64,00
23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	€ 34,85
23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso rilevazione impronte	€ 31,65
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRECTO IN TERAPIA PROTESICA	€ 57,35
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	€ 57,35
23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 17,00
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 79,75
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	€ 129,10
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	€ 81,30
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	€ 31,00
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	€ 16,25
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	€ 11,50
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	€ 11,50
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 35,25
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 57,40
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 16,00
23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	€ 34,85
23.72.3	PULPOTOMIA	€ 41,30
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	€ 48,10
24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato	€ 29,55
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)	€ 94,25
24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2	€ 94,25
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	€ 31,25
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	€ 31,25
24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei(trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture)	€ 23,00
24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	€ 62,80
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)	€ 31,25

24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	€ 25,20
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	€ 22,30
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	€ 55,30
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	€ 38,00
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	€ 122,90
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	€ 122,90
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	€ 26,75
24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	€ 15,00
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	€ 16,20
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	€ 25,85
25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	€ 24,00
25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	€ 18,05
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	€ 24,65
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	€ 25,85
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	€ 17,60
27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglosso (06.09)	€ 51,90
27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)	€ 9,65
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	€ 25,85
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	€ 17,20
27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	€ 31,25
27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO	€ 62,00
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	€ 18,05
27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	€ 62,00
27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	€ 25,00
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	€ 23,80
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	€ 23,80
27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	€ 10,40
27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA	€ 62,05
27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	€ 62,00
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	€ 18,05
28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	€ 22,95
28.91	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE	€ 23,40
29.12	BIOPSIA FARINGEA	€ 31,25
29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)	€ 62,00
31.42.2	LARINGOSTROSCOPIA	€ 20,90
31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	€ 17,65
31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE	€ 22,65
31.94.1	INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA	€ 143,00
31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	€ 354,60
33.21	BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	€ 82,60
33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche -autofluorescenza - Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	€ 116,70
33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL	€ 64,95
34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA	€ 164,20
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata	€ 164,20
34.29	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSBRONCHIALE DI LINFONODI ILO MEDIASTINICI	€ 127,10
34.91	TORACENTESI	€ 105,90
34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	€ 164,20

34.91.2	TORACENTESI ECOGUIDATA	€ 127,10
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Iniezione per collasso del polmone	€ 61,95
37.26.1	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFOGEEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE	€ 77,45
37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	€ 1.550,45
37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	€ 1.050,45
37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	€ 1.250,45
37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	€ 1.550,45
38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	€ 35,10
38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	€ 35,10
38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI	€ 41,05
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 59,25
38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE	€ 27,00
38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	€ 251,00
38.59.1	MINISTRIPPING [VARICECTOMIA] DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali. Escluse le safene	€ 251,00
38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPITEO. Escluso: trombosi dell'ostio	€ 360,00
38.80.1	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Escluse safene	€ 833,00
38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	€ 24,00
38.94.A	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong	€ 40,05
38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	€ 240,00
38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	€ 280,50
38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	€ 240,00
38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	€ 280,50
38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	€ 240,00
38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE	€ 280,50
38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	€ 280,50
38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	€ 364,65
38.97	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	€ 280,50
38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	€ 282,00
38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	€ 152,50
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00
39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 219,00
39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie	€ 19,60
39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni	€ 99,00
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 129,10
39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 103,25

39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 169,70
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 206,55
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 240,00
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 232,40
39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 206,55
39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 136,00
39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 190,00
39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 190,00
39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute	€ 20,25
39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 125,00
39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 200,00
39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 205,00
39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare \geq 45 kDa). Per seduta	€ 184,70
39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	€ 215,00
39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare \geq 45 kDa). Per seduta	€ 1.000,00
39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	€ 195,00
39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 195,00
39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	€ 185,00
39.95.O	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta	€ 93,10
39.95.P	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta	€ 93,10
39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	€ 185,00
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,45
39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)	€ 500,00
39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesto	€ 500,00
39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,50
39.99.5	ECODOPPLER FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 34,05
39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)	€ 16,00
40.11.1	BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, supraclavari o prescalenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali	€ 51,00
40.11.2	BIOPSIA ESCISSORIALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE	€ 258,20
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	€ 66,00
40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	€ 105,65
40.29	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di Igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfadenectomia singola	€ 51,00
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	€ 42,70
42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	€ 123,55
42.24.1	BIOPSIA DELL'ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2	€ 64,95
42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 81,60
42.29.3	pH-METRIA TELEMETRICA	€ 281,60
42.29.4	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 130,00

42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell' esofago in corso di EGDS (42.24.1)	€ 194,40
42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)	€ 259,30
42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	€ 94,00
42.33.4	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	€ 107,00
42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)	€ 112,55
42.93	INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA	€ 94,10
43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	€ 200,00
43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Polipectomia gastrica e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14). Incluso: Controllo di emorragia	€ 193,55
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia. Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)	€ 259,30
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2)	€ 64,95
44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3; 45.16.1; 45.16.2; 44.19.3	€ 556,80
44.19.2	BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	€ 20,10
44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1	€ 253,25
44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	€ 185,00
44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO	€ 1.470,00
44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO	€ 63,00
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	€ 64,90
45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	€ 863,75
45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA	€ 88,00
45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA	€ 96,90
45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1;45.16.2)	€ 64,95
45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)	€ 64,95
45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	€ 90,95
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 123,55
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 172,95
45.19.1	MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)	€ 32,45
45.19.2	COLORAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGRADA (45.23.1)	€ 32,45
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23)	€ 95,90
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	€ 116,40
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	€ 123,55

45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica	€ 123,55
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla	€ 172,95
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 47,40
45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 123,55
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 172,95
45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	€ 64,95
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	€ 90,95
45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	€ 64,95
45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	€ 90,95
45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5)	€ 556,80
45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO	€ 74,85
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	€ 21,20
45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	€ 21,20
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	€ 253,25
45.29.6	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA	€ 21,20
45.29.7	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA	€ 21,20
45.29.8	TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE	€ 61,05
45.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Polipectomia e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	€ 194,40
45.30.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 259,30
45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	€ 117,05
45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	€ 112,00
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	€ 400,00
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA . Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: Controllo di emorragia. Escluso: Politectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica (45.42); Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede multipla (45.42.1)	€ 122,65
46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 172,65
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 31,90
48.23.1	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 112,40
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	€ 64,95
48.24.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24	€ 556,80
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 58,35
48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1)	€ 253,25

49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	€ 39,75
49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 39,75
49.04	ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 39,75
49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	€ 39,75
49.21	ANOSCOPIA	€ 22,70
49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI	€ 31,25
49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 47,25
49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	€ 47,50
49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI	€ 16,50
49.44	TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI	€ 47,50
49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI	€ 47,50
49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia]	€ 47,50
49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	€ 47,50
49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	€ 45,70
50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 94,90
50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 189,85
50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	€ 94,90
50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	€ 195,00
51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	€ 89,00
52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA	€ 253,25
52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	€ 556,80
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA..Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50
54.00	INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE	€ 34,85
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	€ 25,85
54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 94,90
54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 189,85
54.91	PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	€ 34,85
54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 94,45
54.91.2	DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 43,55
54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	€ 179,60
54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere	€ 46,20
54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	€ 30,80
54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)	€ 61,95

54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE	€ 54,70
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 46,65
54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 83,00
54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 55,50
54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 52,65
54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 56,65
54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD]. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 50,00
54.98.8	TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e C/Cr/BSA	€ 59,15
54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	€ 35,00
55.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE	€ 843,50
55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	€ 68,10
55.93	SOSTITUZIONE DI CATETERE NEFROSTOMICO	€ 100,00
56.62	REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA	€ 510,40
57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	€ 32,15
57.32	URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a Cateterizzazione ureterale (59.8)	€ 57,00
57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA	€ 73,10
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	€ 57,25
57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso: lavaggio vescicale	€ 9,45
58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	€ 64,95
58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	€ 45,55
58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	€ 34,05
58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta	€ 10,45
58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO	€ 44,80
59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio uretrovescicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32)	€ 33,30
60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	€ 94,90
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	€ 86,80
61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	€ 18,65
62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 99,00
63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	€ 17,85
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	€ 100,75
63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE	€ 800,00
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	€ 129,10
64.11	BIOPSIA DEL PENE	€ 46,65
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)	€ 57,15
64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE	€ 21,25
64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	€ 22,80
65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione	€ 268,15
65.11.1	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO	€ 99,00

65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.11.1)	€ 99,00
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA	€ 35,45
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)	€ 34,55
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	€ 43,50
67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA	€ 44,60
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	€ 64,35
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	€ 64,95
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	€ 259,30
69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	€ 12,75
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]	€ 75,70
69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	€ 596,95
69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.	€ 596,95
69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 99,00
69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica	€ 198,00
69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica	€ 196,00
69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.	€ 900,00
69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	€ 900,00
69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI	€ 95,35
69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA	€ 95,35
69.92.B	CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	€ 34,00
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI	€ 11,05
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia	€ 35,45
70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali	€ 35,10
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia	€ 46,65
71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	€ 28,25
71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA e 67.32 DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE	€ 23,35
75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	€ 87,85
75.10.2	AMNIOCENTESI	€ 73,90
75.33.1	FUNIColocENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO	€ 97,10
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	€ 16,40
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	€ 30,65
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	€ 115,25
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	€ 25,25
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 27,85
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco	€ 27,85

76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale	€ 15,00
76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	€ 154,90
77.40	BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA	€ 42,70
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.365,00
78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata	€ 38,80
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00
80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca	€ 53,80
81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00
81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80
81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80
81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00
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	€ 1.505,00
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	€ 1.505,00
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	€ 31,25
81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96	€ 31,25
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco	€ 27,85
81.92.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore. Incluso farmaco	€ 290,00
82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 290,00
82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85
82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85
82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85
82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85
82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.452,00

82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85
82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.452,00
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00
82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.080,10
83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	€ 22,50
83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	€ 31,80
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	€ 41,05
83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI	€ 51,30
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	€ 38,15
83.61	SUTURA DI GUAINA TENDINEA	€ 31,00
83.65.1	SUTURA DI MUSCOLI O FASCE	€ 14,00
83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE	€ 14,00
83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso: costo del farmaco ed eventuale guida ecografica	€ 6,95
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 826,00
84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90
85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	€ 30,85
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 31,25
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	€ 39,10
85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 42,20
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA	€ 408,90
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI	€ 429,35
85.11.5	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 94,90
85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 97,00
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 128,10
85.11.9	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE	€ 510,00
85.19.1	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO	€ 510,00
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	€ 32,55
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	€ 36,80
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata	€ 39,10
85.24	ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA	€ 32,55
85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO	€ 32,55
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	€ 9,15
86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	€ 16,85
86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	€ 9,05

86.02.3	TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO	€ 16,50
86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	€ 31,05
86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	€ 42,75
86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS (98.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE (98.24)	€ 40,05
86.05.2	REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	€ 40,05
86.06	INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 280,50
86.06.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORNIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Incluso farmaco	€ 4,00
86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 395,00
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 38,50
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 53,65
86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	€ 8,40
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	€ 20,10
86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia. Per seduta	€ 14,65
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta	€ 14,75
86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	€ 23,90
86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA	€ 34,00
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE . Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	€ 34,00
86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	€ 12,00
86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20
86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo	€ 235,20
86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE	€ 247,90
86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20
86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di peduncolo o lembo - Sezione di peduncolo di lembo	€ 340,25
86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 340,25
86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	€ 327,80
86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	€ 453,65
86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato	€ 283,55
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	€ 294,00
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA	€ 1.286,90
86.86	ONICOPLASTICA	€ 882,00
86.92	ELETTROLISI E ALTRA DEPILAZIONE CUTANEA	€ 30,95
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	€ 74,85
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)	€ 120,40
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	€ 80,45

87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	€ 127,80
87.03.5	TC DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 74,85
87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 120,40
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 74,85
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 120,40
87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	€ 127,80
87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo)	€ 74,85
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo)	€ 120,40
87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo)	€ 74,85
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo)	€ 120,40
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	€ 44,90
87.03.F	TC DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]	€ 72,25
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	€ 85,20
87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 30,45
87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 54,70
87.09.1	RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari	€ 15,20
87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	€ 66,60
87.11.2	RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore	€ 9,30
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	€ 20,65
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	€ 10,30
87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.7B.5)	€ 6,20
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	€ 26,85
87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	€ 44,40
87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE	€ 14,95
87.16.7	RX EMIMANDIBOLA	€ 14,95
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 17,30
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	€ 22,20
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	€ 18,05
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	€ 17,30
87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA	€ 17,30
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	€ 17,30
87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	€ 17,30
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)	€ 17,30
87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	€ 34,60
87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE	€ 68,15
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,85
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 22,95
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 77,65
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 124,10
87.42.4	TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	€ 77,65

87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)	€ 141,45
87.42.6	TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	€ 141,45
87.43.1	RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	€ 24,25
87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE	€ 18,75
87.43.4	RX DELLO STERNO	€ 18,75
87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA	€ 21,20
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	€ 15,45
87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	€ 55,80
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	€ 70,50
87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	€ 50,10
87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO	€ 37,40
87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)	€ 47,25
87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)	€ 59,35
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO	€ 45,45
87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	€ 29,95
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	€ 51,65
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO	€ 91,65
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)	€ 140,95
87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE	€ 63,25
87.69.3	DEFECOGRAFIA	€ 63,25
87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA	€ 84,80
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	€ 89,35
87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 68,65
87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto	€ 91,90
87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 43,35
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	€ 66,10
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,70
87.79.1	URETROGRAFIA RETROGRADA	€ 43,90
87.79.2	ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]	€ 68,00
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 108,45
87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	€ 60,55
87.83.2	ISTEROSONOGRAFIA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	€ 46,00
88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 79,45
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 126,90
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 79,45
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 126,90
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO	€ 103,65
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	€ 158,00
88.01.7	TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	€ 144,40
88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	€ 165,55

88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	€ 158,00
88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	€ 158,00
88.03.2	FISTOLOGRAFIA	€ 54,20
88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO]	€ 19,35
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	€ 17,80
88.21.2	RX DELLA SPALLA	€ 17,80
88.21.3	RX DEL BRACCIO	€ 17,80
88.22.1	RX DEL GOMITO	€ 14,95
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	€ 14,95
88.23.1	RX DEL POLSO	€ 14,20
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	€ 14,20
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	€ 17,55
88.26.2	RX DELL'ANCA	€ 17,55
88.27.1	RX DEL FEMORE	€ 21,15
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	€ 21,15
88.27.3	RX DELLA GAMBA	€ 21,15
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	€ 17,80
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	€ 17,80
88.29.1	RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	€ 30,20
88.29.3	STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica	€ 26,30
88.31	RX DELLO SCHELETRO IN TOTO [RX scheletro per patologia sistemica]	€ 90,35
88.31.1	RX COMPLETA DEL LATTANTE	€ 22,45
88.32	ARTROGRAFIA CON MDC	€ 82,10
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	€ 12,10
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	€ 77,85
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	€ 135,70
88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. Almeno tre distretti anatomici	€ 284,45
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 90,90
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 90,90
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 90,90
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 124,10
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 124,10

88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 124,10
88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	€ 73,60
88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	€ 73,60
88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	€ 73,60
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	€ 73,60
88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	€ 81,80
88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	€ 81,80
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	€ 81,80
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	€ 81,80
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	€ 81,80
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	€ 116,70
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	€ 116,70
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	€ 116,70
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	€ 116,70
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	€ 116,70
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	€ 116,70
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	€ 129,65
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	€ 129,65
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	€ 129,65
88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO	€ 15,45
88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	€ 73,95
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	€ 73,95
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	€ 73,95
88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 73,95
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	€ 77,85
88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 77,85
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	€ 77,85
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 77,85
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	€ 117,90

88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	€ 117,90
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	€ 117,90
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	€ 117,90
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	€ 117,90
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	€ 117,90
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	€ 124,10
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	€ 124,10
88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	€ 141,45
88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	€ 141,45
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	€ 152,25
88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici	€ 288,85
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 292,80
88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	€ 141,45
88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	€ 141,45
88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)	€ 141,45
88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)	€ 141,45
88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	€ 141,45
88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	€ 141,45
88.47.3	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	€ 183,90
88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	€ 299,75
88.48.1	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)	€ 141,45
88.49.1	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	€ 299,75
88.49.2	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI	€ 141,45
88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	€ 259,15
88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	€ 246,35
88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	€ 246,35
88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	€ 246,35
88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	€ 256,65
88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	€ 246,35
88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	€ 285,05
88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	€ 31,25
88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	€ 45,95
88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO	€ 49,05
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolor Doppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	€ 28,40

88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO	€ 33,00
88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [Mesh]	€ 46,95
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	€ 60,15
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	€ 66,00
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)	€ 77,45
88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	€ 41,30
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	€ 63,25
88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. (88.72.6)	€ 76,55
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	€ 42,65
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler	€ 21,15
88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 35,85
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	€ 43,90
88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari, succlavie, vene anonime	€ 47,00
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	€ 37,00
88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)	€ 51,00
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5	€ 44,95
88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 46,00
88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 37,55
88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 26,95
88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	€ 45,00
88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	€ 46,00
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	€ 37,80
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	€ 61,20
88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	€ 35,00
88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	€ 72,30
88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI	€ 34,00
88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO	€ 62,00
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 47,00

88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 48,00
88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 43,00
88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 43,00
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 30,95
88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1	€ 151,20
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	€ 30,95
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	€ 68,95
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato	€ 30,95
88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE] Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi	€ 50,10
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucale. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale (88.78.4)	€ 30,95
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	€ 28,40
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	€ 32,50
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione color Doppler	€ 28,40
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	€ 30,95
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	€ 30,95
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 43,35
88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	€ 37,80
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	€ 37,80
88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1)	€ 53,70
88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)	€ 50,10
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	€ 40,00
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: eventuale integrazione color Doppler	€ 43,35
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color Doppler	€ 29,30
88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 30,00
88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	€ 28,40
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	€ 166,55
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	€ 247,50
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 184,80
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,05
88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 187,10
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	€ 184,80

88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05
88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05
88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05
88.91.D	RM DELLE ROCCHES PETROSE. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05
88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05
88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D) e RM DELLE ORBITE (88.91.E)	€ 120,05
88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05
88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05
88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05
88.91.K	RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05

88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05
88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC. Studio multidistrettuale di due o più segmenti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)	€ 187,05
88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	€ 187,10
88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	€ 187,10
88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	€ 184,80
88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE. Incluso: Esame di base	€ 187,10
88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa Anestesia e Visita anestesiológica per pazienti pediatrici o non collaboranti	€ 247,50
88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 115,80
88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 181,25
88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	€ 184,80
88.92.3	CINE RM DEL CUORE	€ 120,05
88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC	€ 187,10
88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	€ 232,80
88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	€ 187,10
88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC	€ 187,10
88.92.B	ANGIO RM CORONARICA	€ 174,60
88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80
88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)	€ 231,60
88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25
88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25
88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25
88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	€ 361,50
88.93.C	ANGIO RM MIDOLLO SPINALE CON MDC	€ 181,25
88.94	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	€ 126,55
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80

88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15
88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE	€ 184,80
88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE	€ 184,80
88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40
88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 120,05
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 187,10
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 184,80
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,05
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 187,10
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 184,80
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40
88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,05
88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 187,10
88.95.A	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40
88.95.B	RM ENDOCAVITARIA	€ 184,80
88.95.C	RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC	€ 286,40
88.95.D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	€ 120,05
88.95.E	RM UROGRAFIA	€ 120,05
88.95.F	RM FETALE	€ 184,80
88.97.2	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	€ 184,80
88.97.4	RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base	€ 184,80
88.97.6	RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base	€ 184,80
88.97.8	RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base	€ 286,40

88.97.9	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 158,50
88.97.A	COLANGIO RM	€ 120,05
88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico	€ 180,10
88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 158,50
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	€ 43,35
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	€ 69,30
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	€ 17,55
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	€ 31,50
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	€ 31,50
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	€ 31,50
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	€ 16,20
89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Incluso: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Incluso farmaco	€ 16,20
89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG.	€ 16,20
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	€ 16,20
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	€ 16,20
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. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	€ 16,20
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	€ 16,20
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume	€ 16,20
89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 16,20
89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica	€ 16,20
89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	€ 16,20
89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	€ 16,20
89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	€ 16,20
89.01.Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione	€ 16,20
89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA	€ 16,20
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	€ 46,00

89.07.A	PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	€ 46,00
89.12	RINOMANOMETRIA	€ 13,90
89.12.1	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	€ 120,00
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	€ 22,00
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 23,20
89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO	€ 34,85
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 34,85
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]	€ 44,90
89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	€ 34,85
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 27,80
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)	€ 48,80
89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore	€ 34,85
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo o dermatomero	€ 34,85
89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	€ 55,75
89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disturbi del movimento Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	€ 46,45
89.15.A	POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)	€ 92,95
89.15.B	POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)	€ 52,75
89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	€ 139,40
89.17.3	MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO Per studio apnee	€ 139,00
89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 27,85
89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 51,10
89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 11,60
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	€ 22,00
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza	€ 16,20
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	€ 22,00
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20
89.26.5	VERSIONE CEFALICA ESTERNA	€ 28,60
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 67,10
89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	€ 92,95
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 24,00
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	€ 38,00
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	€ 51,65
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco	€ 37,15
89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE	€ 55,75
89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	€ 46,45
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	€ 23,20
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	€ 23,20
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 23,20
89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	€ 46,45

89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	€ 23,20
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	€ 69,70
89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	€ 46,45
89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	€ 23,20
89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P 0.1	€ 23,20
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 18,55
89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA]	€ 9,20
89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	€ 53,30
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)	€ 51,00
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	€ 55,75
89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	€ 83,65
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	€ 56,50
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER. Incluso: ECG (89.52)	€ 23,20
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso: ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	€ 24,95
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	€ 61,95
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,60
89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	€ 22,00
89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO	€ 77,00
89.52.3	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	€ 142,00
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	€ 46,45
89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 32,00
89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)	€ 12,60
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	€ 41,30
89.59.2	HEAD UP TILT TEST	€ 52,00
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,30
89.61.2	PULSOSSIMETRIA NOTTURNA	€ 57,00
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	€ 7,10
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	€ 15,95
89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	€ 15,85
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	€ 18,55
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	€ 9,50
89.65.7	EMOGASANALISI ARTERIOSA PRIMA E DURANTE SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO	€ 20,00
89.65.8	MISURA TRANSCUTANEA DELLA PO2 E DELLA PCO2 CON UTILIZZO DI MEMBRANE MONOUSO	€ 32,00
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 7,10
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	€ 22,00
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	€ 22,00
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	€ 22,00
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	€ 22,00
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	€ 22,00
89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	€ 22,00
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	€ 22,00
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	€ 22,00

89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	€ 22,00
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	€ 22,00
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	€ 22,00
89.7B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	€ 22,00
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	€ 22,00
89.7B.4	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	€ 22,00
89.7B.5	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	€ 22,00
89.7B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	€ 22,00
89.7B.7	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	€ 22,00
89.7B.8	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	€ 22,00
89.7B.9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	€ 22,00
89.7C.1	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 22,00
89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento	€ 22,00
89.7C.3	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	€ 22,00
89.7C.4	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	€ 22,00
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 7,70
90.01.5	ACIDI BILIARI	€ 4,55
90.01.6	3 METIL ISTIDINA	€ 8,00
90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO	€ 12,80
90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 3,40
90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	€ 11,15
90.02.5	ACIDO LATTICO	€ 8,60
90.03.2	ACIDO PIRUVICO	€ 1,05
90.03.6	ADRENALINA - NORADRENALINA	€ 19,55
90.03.7	ACIDO FITANICO. DOSAGGIO	€ 17,70
90.03.8	ACIDO GUANIDINO ACETICO. DOSAGGIO	€ 17,10
90.03.9	ACIDO PIPECOLICO. DOSAGGIO	€ 18,85
90.03.A	ACIDO PRISTANICO. DOSAGGIO	€ 17,70
90.03.B	ACIDO SIALICO LIBERO. DOSAGGIO	€ 13,05
90.03.C	ACIDO SIALICO TOTALE. DOSAGGIO	€ 13,05
90.03.D	S-ADENOSILMETIONINA. DOSAGGIO	€ 13,05
90.03.E	S-ADENOSILOMOCISTEINA. DOSAGGIO	€ 13,05
90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	€ 10,80
90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	€ 6,05
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	€ 1,00
90.05.1	ALBUMINA	€ 0,95
90.05.2	ALDOLASI	€ 0,90
90.05.3	ALDOSTERONE	€ 7,65
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	€ 2,80
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	€ 3,35
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	€ 2,75
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA	€ 7,10
90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	€ 2,95
90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	€ 1,25

90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	€ 1,40
90.07.1	ALLUMINIO	€ 6,60
90.07.2	AMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 5,85
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO	€ 12,00
90.07.5	AMMONIO	€ 6,00
90.08.1	ANDROSTANEDIOLO GLUCURONIDE	€ 12,60
90.08.2	ANGIOTENSINA II	€ 15,25
90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1	€ 3,85
90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	€ 3,35
90.09.1	APTOGLOBINA	€ 5,15
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	€ 1,00
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA	€ 3,30
90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	€ 0,95
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta)	€ 1,05
90.10.6	DOSAGGIO BIOTINIDASI. DOSAGGIO	€ 2,00
90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5	€ 1,15
90.11.1	C PEPTIDE	€ 7,15
90.11.2	C PEPTIDE. DOSAGGIO BASALE E DOPO STIMOLO	€ 21,50
90.11.4	CALCIO TOTALE	€ 0,90
90.11.5	CALCITONINA	€ 6,30
90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.5)	€ 1,15
90.11.7	CALCIO IONIZZATO determinazione diretta	€ 3,30
90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI	€ 5,80
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 2,55
90.12.A	CALPROTECTINA FECALE	€ 15,95
90.13.1	CHIMOTRIPSINA	€ 5,75
90.13.3	CLORURO	€ 0,90
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)	€ 2,90
90.13.A	CISTATINA C. Non associabile a Creatinina 90.16.3 e Creatinina clearance 90.16.4	€ 3,95
90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)	€ 1,70
90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	€ 1,75
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,30
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,00
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	€ 7,15
90.15.3	CORTISOLO	€ 4,45
90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)	€ 1,30
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	€ 1,05
90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	€ 1,85
90.16.5	CROMO	€ 6,55
90.16.6	CROMOGRANINA A	€ 17,20
90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA	€ 15,00
90.16.9	CREATINA. DOSAGGIO	€ 65,20
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 6,40
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 6,75
90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	€ 6,10
90.17.6	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	€ 23,80
90.17.8	TRI TEST: ALFAFETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE	€ 21,75
90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	€ 10,25
90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	€ 6,80
90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA	€ 12,45
90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE)	€ 17,45
90.17.F	7-DEIDROCOLESTEROLO. DOSAGGIO	€ 102,70
90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	€ 16,70
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	€ 8,25
90.18.5	ERITROPOIETINA	€ 14,10
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	€ 3,50
90.20.1	ETANOLO	€ 2,95
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP)	€ 11,90

90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,45
90.22.3	FERRITINA	€ 2,75
90.22.5	FERRO	€ 1,15
90.23.2	FOLATO	€ 3,05
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH)	€ 3,20
90.23.4	FOSFATASI ACIDA	€ 0,90
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,05
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	€ 12,60
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	€ 0,95
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	€ 1,05
90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	€ 11,15
90.25.7	GLOBULINA DI TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	€ 3,15
90.25.8	GALATTOSIO-1-FOSFATO. DOSAGGIO	€ 9,70
90.26.1	GASTRINA	€ 4,10
90.26.3	GLUCAGONE	€ 9,70
90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	€ 3,80
90.27.1	GLUCOSIO	€ 0,95
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)	€ 5,10
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	€ 2,10
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)	€ 10,50
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	€ 3,50
90.27.6	IODURIA	€ 2,35
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 3,50
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA	€ 11,40
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	€ 10,80
90.28.7	IMMUNOGLOBULINE: CATENE K E LAMBDA LIBERE	€ 19,75
90.28.C	INIBINA B	€ 16,85
90.29.1	INSULINA	€ 3,75
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	€ 0,90
90.30.2	LIPASI PANCREATICA	€ 1,65
90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	€ 7,45
90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 5,25
90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione	€ 2,00
90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	€ 10,00
90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	€ 15,00
90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	€ 1,05
90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica	€ 20,15
90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina	€ 19,75
90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi). Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)	€ 3,70
90.31.9	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE	€ 10,00
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 9,05
90.32.2	LITIO	€ 10,10
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriatati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	€ 18,90
90.32.5	MAGNESIO TOTALE	€ 1,10
90.32.6	LISOZIMA/S	€ 2,35
90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	€ 2,80
90.33.5	MIOGLOBINA	€ 4,25
90.33.6	METANEFRINE FRAZIONATE	€ 19,80
90.33.A	NEUROTRASMETTITORI. DOSAGGIO Liquor	€ 5,05
90.34.2	NICHEL	€ 6,45
90.34.4	OLIGOELEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOELEMENTO	€ 6,95
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 8,20
90.34.7	OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta	€ 1,25

90.34.8	OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.27.1), Sodio (90.40.4), Urea (90.44.1) e Potassio (90.37.4)	€ 3,85
90.34.A	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]	€ 6,90
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	€ 5,80
90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale	€ 16,85
90.35.3	OSSALATI [U]	€ 2,90
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	€ 11,80
90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	€ 5,95
90.35.6	SOMATOSTATINA	€ 16,80
90.36.3	PIOMBO	€ 6,45
90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK)	€ 31,10
90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	€ 11,05
90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o NT-proBNP)	€ 16,55
90.37.1	PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE	€ 15,60
90.37.2	PORFOBILINOGENO	€ 6,40
90.37.3	POST COITAL TEST	€ 2,90
90.37.4	POTASSIO	€ 0,95
90.37.6	PREALBUMINA	€ 2,70
90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)	€ 26,55
90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO	€ 3,70
90.38.1	PROGESTERONE	€ 3,45
90.38.2	PROLATTINA (PRL)	€ 3,15
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	€ 2,85
90.38.5	PROTEINE TOTALI	€ 0,85
90.38.8	MACROPROLATTINA	€ 2,70
90.38.G	ACIDO OMOVANILLICO	€ 13,55
90.38.M	PEPSINOGENO A (I)	€ 6,75
90.38.N	PEPSINOGENO C (II)	€ 8,30
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	€ 3,15
90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	€ 6,00
90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	€ 9,00
90.39.4	RAME	€ 2,20
90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA	€ 3,95
90.39.7	COBALTO	€ 6,90
90.40.2	RENINA	€ 6,05
90.40.3	SELENIO	€ 6,90
90.40.4	SODIO	€ 0,85
90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE	€ 6,70
90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	€ 8,25
90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9	€ 26,05
90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening (90.40.8)	€ 55,15
90.40.A	SWELLING TEST	€ 20,15
90.40.B	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	€ 21,35
90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica	€ 21,35
90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	€ 21,35
90.40.F	SULFITI. SCREENING Urine mediante Sulfitest	€ 5,50
90.40.G	STEROLI. DOSAGGIO Plasma	€ 10,00
90.41.3	TESTOSTERONE	€ 4,75
90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3	€ 5,15
90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	€ 5,50
90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE DEL COLLAGENE TIPO 1	€ 18,90
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH \geq 0.45 mU/L e \leq 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 \geq 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale	€ 4,30
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a 90.41.8	€ 2,55

90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	€ 2,60
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)	€ 1,70
90.42.5	TRANSFERRINA	€ 2,05
90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)	€ 8,00
90.42.B	TRIPTASI	€ 19,50
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,05
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	€ 2,65
90.43.4	TRIPSINA	€ 9,80
90.43.5	URATO	€ 1,05
90.43.7	URINE RICERCA DI SPERMATOZOI	€ 0,85
90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO	€ 2,65
90.44.1	UREA	€ 1,00
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	€ 2,50
90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)	€ 14,40
90.44.6	VITAMINA D (25 OH)	€ 11,15
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 13,75
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 13,65
90.45.4	ZINCO	€ 6,50
90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA	€ 7,40
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	€ 7,00
90.46.5	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)	€ 5,15
90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	€ 5,05
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 11,65
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening	€ 6,50
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	€ 8,75
90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	€ 7,90
90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	€ 7,85
90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	€ 7,90
90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	€ 7,85
90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola	€ 7,85
90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	€ 7,85
90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)	€ 9,25
90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	€ 7,10
90.47.F	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	€ 9,35
90.47.G	ANTICORPI ANTI GM1 (MONOSIALOGLANGLIOSIDE)	€ 24,40
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	€ 5,45
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	€ 9,70
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 7,00
90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	€ 9,35
90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	€ 9,80
90.48.9	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE	€ 14,00
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	€ 11,65
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Identificazione)	€ 9,35
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	€ 17,80
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG	€ 7,40
90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	€ 12,00
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	€ 9,50
90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE	€ 15,00
90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI	€ 26,20
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)	€ 26,20
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	€ 8,80
90.50.A	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgG	€ 112,00
90.50.B	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI T	€ 31,70
90.50.C	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI B	€ 31,70
90.50.D	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgM	€ 112,00
90.50.E	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-MICA	€ 64,40
90.50.F	SCREENING IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTICORPI ANTI-MICA	€ 127,40
90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R	€ 260,70
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	€ 8,05
90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI	€ 10,10

90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	€ 8,15
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	€ 4,00
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 5,45
90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPEROSSIDASI (MPO)	€ 11,35
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 5,45
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 6,80
90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	€ 18,85
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 7,45
90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	€ 27,65
90.52.6	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS	€ 20,85
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	€ 29,05
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE (Identificazione)	€ 70,95
90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	€ 21,90
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH	€ 14,15
90.53.6	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)	€ 51,20
90.53.7	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)	€ 51,20
90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3)	€ 11,35
90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA	€ 14,85
90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. Per classe anticorpale	€ 6,15
90.53.B	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ricerca ed eventuale titolazione)	€ 10,25
90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA)	€ 29,75
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione	€ 7,65
90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	€ 19,60
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	€ 3,50
90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI	€ 7,00
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 3,65
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	€ 3,55
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 3,60
90.56.3	ANTIGENE CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	€ 3,30
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off $\leq 2,5$ ng/ml - $\geq 10,0$ ng/ml). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA $> 2,5$ ng/ml e $< 10,0$ ng/ml	€ 3,90
90.56.A	PROTEINA 4 dell'epididimo umano (HE4). DOSAGGIO	€ 20,60
90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	€ 51,20
90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)	€ 3,05
90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]	€ 16,15
90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	€ 47,30
90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO	€ 10,35
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo	€ 5,85
90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)	€ 3,25
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,55
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)	€ 11,75
90.61.3	CYFRA 21-1	€ 8,15
90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	€ 6,10
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	€ 1,95
90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	€ 12,00
90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	€ 15,00
90.63.1	DOSAGGIO ATTIVITA' ANTICOAGULANTE DEI FARMACI INIBITORI FATTORE X ATTIVATO (Eparina, Rivaroxaban, etc.)	€ 7,20
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH. Per ciascuno antigene	€ 12,80
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 19,65
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	€ 19,00
90.63.6	FATTORE vWF ANTIGENE (EIA)	€ 6,10
90.63.7	FATTORE vWF CBA (EIA)	€ 12,00
90.63.8	DOSAGGIO DELL'ATTIVITA' ANTICOAGULANTE FATTORE ANTI II A (Dabigatran, etc)	€ 3,40
90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND	€ 4,35
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 2,55

90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII). Per ciascun fattore	€ 6,45
90.64.4	FENOTIPO Rh	€ 12,80
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	€ 1,75
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	€ 9,45
90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO	€ 12,00
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	€ 8,95
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicit� nota)	€ 88,00
90.67.5	IgA SECRETORIE	€ 6,75
90.67.A	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgG	€ 225,80
90.67.B	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgG	€ 227,25
90.67.C	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgM	€ 239,80
90.67.D	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgM	€ 241,25
90.67.E	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE I	€ 331,35
90.67.F	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE II	€ 311,75
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene	€ 4,50
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO. Per profilo di allergeni	€ 11,20
90.68.3	IgE TOTALI	€ 3,35
90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	€ 13,60
90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per singolo allergene	€ 4,30
90.68.6	PROTEINA CATIONICA EOSINOFILA (ECP)	€ 9,85
90.68.7	Ig E SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI. Fino a 8 allergeni per pannello	€ 36,05
90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI. Fino a 8 allergeni per pannello	€ 36,05
90.68.9	TEST DI INIBIZIONE DELLE IgE SPECIFICHE CON ALLERGENE SPECIFICO. Pannelli di 4 allergeni a varie diluizioni	€ 19,00
90.68.A	IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari	€ 5,70
90.68.B	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni	€ 54,05
90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni	€ 54,05
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 11,95
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG, IgM, (Ciascuna)	€ 2,05
90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)	€ 5,90
90.71.5	PLASMINOGENO	€ 5,30
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 8,85
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 8,40
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 1,90
90.72.4	PROTEINA S LIBERA	€ 9,25
90.72.5	PROTEINA S TOTALE	€ 11,15
90.72.6	PROTEINA S 100	€ 6,45
90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	€ 8,35
90.73.5	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgG	€ 51,20
90.73.A	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI B IgG	€ 51,20
90.73.B	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgM	€ 51,20
90.74.1	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI T	€ 48,45
90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	€ 3,15
90.74.8	TEMPO DI BOTROXINA (Reptilase)	€ 10,00
90.74.A	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI B	€ 48,45
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 1,40
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 2,75
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	€ 1,45
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore	€ 4,45
90.76.7	TEST DI FUNZIONALTA' PIASTRINICA (PFA)	€ 14,00
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 6,85
90.77.6	TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT	€ 16,00
90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione	€ 98,80
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione	€ 98,80
90.78.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Alta risoluzione	€ 198,65

90.78.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Alta risoluzione	€ 198,65
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione	€ 98,80
90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPA1. Alta risoluzione	€ 97,30
90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPB1. Alta risoluzione	€ 117,80
90.79.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Alta risoluzione	€ 198,65
90.79.B	TIPIZZAZIONE GENI KIR. In trapianto mismatch	€ 86,45
90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQA1. Alta risoluzione	€ 105,30
90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione	€ 98,80
90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQB1. Alta risoluzione	€ 105,30
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione	€ 98,80
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I	€ 201,95
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II	€ 219,85
90.81.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB1. Alta risoluzione	€ 147,35
90.81.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB3. Alta risoluzione	€ 68,75
90.81.C	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB4. Alta risoluzione	€ 49,15
90.81.D	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB5. Alta risoluzione	€ 56,15
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)	€ 2,85
90.82.3	TROPONINA I, T	€ 4,65
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,25
90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS	€ 96,15
90.84.8	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS	€ 29,30
90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 35,20
90.87.7	AEROMONAS NELLE FECI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 14,95
90.87.8	AMEBE A VITA LIBERA ESAME COLTURALE. Incluso: esame microscopico previa colorazione specifica	€ 25,00
90.87.F	BORDETELLA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 14,25
90.87.G	BORRELIA ANALISI QUALITATIVA DNA o RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 33,55
90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 92,10
90.87.R	BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM	€ 17,10
90.87.S	BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 12,75
90.87.T	BORRELIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale Immunoblotting	€ 13,60
90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	€ 9,85
90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma	€ 27,65
90.88.G	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 16,15
90.88.H	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 14,70
90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 17,65
90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA	€ 9,15
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 58,70
90.90.6	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 61,05
90.90.7	CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 24,65
90.90.A	CRIPTOCOCCO RICERCA DIRETTA	€ 26,55
90.90.B	CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcool acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 15,30
90.90.E	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	€ 12,10
90.90.G	COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM	€ 12,00
90.91.4	ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 25,75

90.92.6	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI	€ 35,55
90.92.7	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECEI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 37,00
90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECEI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	€ 8,55
90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANALE. Scotch test o tampone perianale	€ 9,70
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	€ 21,00
90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma	€ 12,20
90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis e altri batteri e lieviti patogeni. incluso: esame microscopico di idoneità del campione. incluso: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 17,25
90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 18,60
90.93.8	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 13,05
90.93.9	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	€ 13,05
90.93.A	ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 10,10
90.93.B	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	€ 14,90
90.93.C	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplific. rilevaz), Micoplasmii urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	€ 133,20
90.93.D	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso estr. amplific. rilevaz), Micoplasmii urogenitali. Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	€ 70,50
90.93.E	ESAME COLTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO E/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO [TEST DI STAMEY] Ricerca batteri patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso: identificazione ed eventuale antibiogramma	€ 53,60
90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 33,55
90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 19,25

90.93.L	ESAME COLTURALE ESSUDATI [pleurico, peritoneale, articolare, pericardico]. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, Incluso: identificazione e antibiogramma	€ 33,65
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma	€ 24,75
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 7,40
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Escluso: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a: 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale	€ 9,35
90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 26,20
90.94.6	FRANCISELLA TULARENSIS [TULAREMIA] ANTICORPI	€ 13,00
90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 8,70
90.94.C	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA	€ 16,75
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	€ 8,65
90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso. identificazione e antibiogramma	€ 9,95
90.95.5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)	€ 31,45
90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	€ 25,00
90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI	€ 16,90
90.96.2	LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica	€ 4,00
90.96.6	LEPTOSPIRE ANTICORPI	€ 33,45
90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	€ 10,10
90.96.8	LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 7,20
90.96.9	LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 41,20
90.97.6	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	€ 22,30
90.98.4	MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame colturale. Se positivo, incluso identificazione	€ 15,70
90.98.9	MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rilevazione.	€ 57,90
90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	€ 55,70
90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 77,30
90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA. Almeno 4 antibiotici	€ 54,10
91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti). Incluso: ESAME COLTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex	€ 98,30
91.01.A	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	€ 21,00
91.02.6	MICROFILARIE [W. BANCROFTI] ANTIGENI RICERCA DIRETTA	€ 23,70
91.02.7	MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento	€ 4,25
91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI	€ 23,00
91.02.9	MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)	€ 18,00
91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione	€ 11,65
91.02.D	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 16,00

91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 8,80
91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 9,95
91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS	€ 8,55
91.04.6	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)	€ 13,25
91.04.8	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting	€ 27,20
91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa)	€ 14,40
91.05.A	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 46,80
91.05.B	ANISAKIS ANTICORPI	€ 16,40
91.05.C	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)	€ 9,95
91.05.D	PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 97,95
91.06.6	RICKETTSIE CONORII ANTICORPI IgG e IgM	€ 13,95
91.06.A	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	€ 7,20
91.06.B	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 63,05
91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi	€ 17,45
91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma.	€ 10,10
91.07.7	SHIGELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma.	€ 10,10
91.07.8	SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico	€ 8,70
91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI	€ 7,15
91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME COLTURALE. Incluso: Identificazione	€ 8,05
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 2,65
91.08.6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	€ 26,20
91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colturale o Baermann)	€ 9,85
91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	€ 11,00
91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI	€ 10,40
91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI	€ 9,70
91.08.C	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI	€ 12,50
91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI	€ 17,00
91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 43,85
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	€ 6,00
91.10.7	TRICHINELLA ANTICORPI	€ 16,00
91.10.8	TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI	€ 17,00
91.10.9	TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento	€ 10,10
91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	€ 23,50
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting	€ 6,65
91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	€ 79,45

91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 107,50
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione	€ 28,00
91.12.8	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00
91.12.9	VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 142,20
91.12.A	VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	€ 96,15
91.12.B	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione	€ 51,00
91.13.1	VIRUS ANTICORPI NAS	€ 8,30
91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma)	€ 32,05
91.13.6	VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene	€ 9,55
91.13.7	VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00
91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 28,00
91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 49,35
91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 44,30
91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)	€ 7,20
91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 6,60
91.16.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 112,45
91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 41,85
91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento	€ 86,20
91.16.D	VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM	€ 98,00
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 46,45
91.17.6	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta	€ 5,70
91.17.8	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	€ 7,15
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 5,40
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 4,85
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 5,45
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 4,15
91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM se HBsAg e anti HBcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	€ 26,20
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	€ 41,65
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 49,85
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 6,95
91.19.6	VIRUS EPATITE C ANTIGENE	€ 12,25
91.19.7	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 339,10
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento	€ 80,70
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	€ 12,35
91.20.6	VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI	€ 12,25
91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.	€ 22,00

91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio	€ 7,10
91.21.9	VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo	€ 84,55
91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG	€ 6,00
91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 46,10
91.22.2	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 32,30
91.22.3	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 44,25
91.23.7	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 694,50
91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione	€ 23,00
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 12,05
91.24.8	VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00
91.24.9	VIRUS PAPILOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 63,20
91.24.C	VIRUS PAPILOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 98,20
91.24.F	VIRUS MORBILLO ANTICORPI IgG e IgM	€ 14,50
91.24.G	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM	€ 15,15
91.25.8	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM	€ 16,35
91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI	€ 9,40
91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	€ 16,45
91.26.9	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00
91.26.C	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM	€ 13,65
91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	€ 5,35
91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	€ 4,80
91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	€ 12,50
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO	€ 147,00
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	€ 16,20
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	€ 1,20
91.38.L	CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)	€ 160,00
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi	€ 30,20
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi	€ 21,15
91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 4,55
91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari Istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 3,50
91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 4,65
91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 4,10
91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 5,55

91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15
91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 3,70
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 3,90
91.39.L	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 5,65
91.39.N	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 55,65
91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 1,55
91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 5,75
91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione	€ 2,85
91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 8,45
91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 61,25
91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA. Incluso: valutazione immunoistochimica per CD3	€ 6,20
91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni	€ 18,40
91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 13,20
91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 5,45
91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 8,65

91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.	€ 122,50
91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 4,30
91.41.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITE CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 5,25
91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 4,00
91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 10,10
91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 2,35
91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 8,90
91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 1,55
91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 4,85
91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 6,10
91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 4,65
91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVICЕ UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 11,15
91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 2,35
91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 6,80
91.43.K	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Inclusa Immunofluorescenza. Per campione e almeno 7 marcatori	€ 59,50
91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 12 campioni	€ 136,90

91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni	€ 99,20
91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per almeno 8 campioni	€ 99,20
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 59,50
91.46.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30
91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 5,25
91.47.8	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori	€ 22,15
91.47.C	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni	€ 190,30
91.47.L	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori	€ 63,15
91.47.M	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori	€ 20,70
91.47.N	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori	€ 63,15
91.47.P	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori	€ 63,15
91.48.2	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione	€ 3,10
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	€ 151,30
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	€ 3,80
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 6,95
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	€ 4,45
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 3,15
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	€ 2,55
91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 3,90
91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 1,20
91.5R.1	SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO Incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari	€ 40,00
91.5R.2	ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO	€ 159,20
91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI	€ 174,20
91.5R.4	ACIDO OROTICO URINARIO. DOSAGGIO	€ 28,00
91.5R.5	BETA-IDROSSIBUTIRRATO	€ 5,00
91.5R.6	ACIDO ACETOACETICO	€ 10,00
91.5R.7	NEFA (acidi grassi non esterificati)	€ 2,15
91.5R.8	CARNITINA LIBERA	€ 8,00
91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA	€ 8,00
91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS	€ 52,85
91.5R.B	SUCCINILACETONE URINARIO	€ 102,70
91.5R.C	N-ACETILASPARTATO	€ 10,00
91.5R.D	PTERINE PLASMATICHE E URINARIE	€ 40,00
91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI	€ 40,00
91.5R.F	CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI	€ 40,00

91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)	€ 102,70
91.5R.H	ISOLETTROFOCUSING DELLA TRANSFERRINA SIERICA	€ 40,00
91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA	€ 111,85
91.5R.K	ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.L	ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.M	ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.N	ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.P	ENZIMI METABOLISMO PIRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.Q	ENZIMI LISOSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 128,00
91.5R.R	ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.S	ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.T	ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.U	ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00
91.5R.W	RAME TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 4,00
91.5R.X	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING	€ 10,00
91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO	€ 31,50
91.5R.Z	N-ACETILGLUCOSAMINIDASI	€ 6,50
91.60.1	STATO MUTAZIONALE EGFR	€ 75,65
91.60.2	RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1	€ 256,00
91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS, N-RAS	€ 98,95
91.60.4	STATO MUTAZIONALE H-RAS	€ 151,30
91.60.5	STATO MUTAZIONALE K-RAS	€ 151,60
91.60.6	STATO MUTAZIONALE B-RAF	€ 151,30
91.60.7	INSTABILITA' MICROSATELLITARE	€ 151,60
91.60.8	STATO MUTAZIONALE C-Kit	€ 151,30
91.60.9	STATO MUTAZIONALE PDGFRA	€ 151,60
91.60.A	STATO HER2-neu	€ 151,30
91.60.B	METILAZIONE PROMOTORE MGMT	€ 151,60
91.60.C	MUTAZIONI IDH1-2	€ 151,30
91.60.D	CODELEZIONE 1p/19q	€ 151,60
91.60.E	STATO MUTAZIONALE RET	€ 151,30
91.60.F	AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC	€ 151,60
91.60.G	RIARRANGIAMENTO EWSR1	€ 151,30
91.60.H	RIARRANGIAMENTO gene DDIT3	€ 151,60
91.60.J	RIARRANGIAMENTO gene FOXO1	€ 151,30
91.60.K	AMPLIFICAZIONE MDM2	€ 151,60
91.60.L	TRASLOCAZIONE (X;18)	€ 151,30
91.60.M	TRASLOCAZIONE (7;16)	€ 151,60
91.60.N	TRASLOCAZIONE der (17) t (X;17)	€ 151,30
91.60.P	TRASLOCAZIONE t (12;15)	€ 151,60
91.60.Q	TRASLOCAZIONE (11;14)	€ 151,30
91.60.R	TRASLOCAZIONE (9;14)	€ 151,60
91.60.S	TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3;14)	€ 151,30
91.60.T	TRASLOCAZIONE t (2;12)	€ 151,60
91.60.U	TRASLOCAZIONE t (14;18)	€ 151,30
91.60.V	TRASLOCAZIONE (2;17)	€ 151,60
91.60.W	TRASLOCAZIONE (8;14) , (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	€ 151,30
91.60.X	TRASLOCAZIONE (2;5), (1;2)	€ 151,60
91.60.Z	RIARRANGIAMENTO GENI DELLE IMMUNOGLOBULINE	€ 256,00
91.61.1	RIARRANGIAMENTO DEL RECETTORE DELLE CELLULE T (TCR)	€ 256,00
91.61.2	FISH Bcl6	€ 151,30
91.6R.1	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	€ 4,60
91.90.1	ESAME ALLERGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI	€ 6,00
91.90.4	SCREENING ALLERGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni	€ 11,60
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Inclusa visita allergologica di controllo	€ 32,95
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci	€ 23,20

91.90.7	TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute	€ 77,50
91.90.8	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI. Fino a 7 allergeni	€ 13,00
91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO [Open test]. Per singolo allergene.	€ 12,00
91.90.A	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	€ 69,00
91.90.B	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni	€ 52,05
91.90.C	TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene	€ 12,00
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	€ 47,55
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 34,95
92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	€ 46,10
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 125,95
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLECISTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO	€ 110,95
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	€ 60,85
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	€ 122,40
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESICICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere	€ 81,00
92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)	€ 41,25
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	€ 68,60
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6	€ 52,15
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	€ 101,00
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	€ 111,20
92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA	€ 98,00
92.04.7	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	€ 69,85
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)	€ 223,40
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 116,90
92.05.7	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON FDG	€ 1.539,85
92.05.A	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	€ 223,40
92.05.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	€ 1.539,85
92.05.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	€ 1.539,85
92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2	€ 195,95
92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 242,95
92.09.1	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 1.539,85
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO	€ 146,90
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 171,00
92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	€ 627,50

92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione	€ 257,75
92.11.6	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	€ 939,95
92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	€ 1.035,05
92.11.A	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	€ 1.267,90
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	€ 206,35
92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 280,80
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 75,00
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 210,00
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 181,30
92.15.6	VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA	€ 133,00
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica.	€ 119,05
92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	€ 384,00
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 310,00
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 124,15
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2	€ 85,35
92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 246,00
92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 246,00
92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 442,60
92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 288,20
92.18.C	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	€ 1.094,00
92.18.D	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 1.116,00
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	€ 293,25
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	€ 323,80
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]	€ 90,85
92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1	€ 244,80
92.19.A	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	€ 67,00
92.19.B	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	€ 1.530,00
92.21.1	ROENTGENERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	€ 8,80
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	€ 27,00
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 42,00
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 65,00
92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy.	€ 1.480,40

Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0

92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 95,00	Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 210,00	Per un numero di sedute superiore a 10 la remunerazione è 157,5 fino a un massimo di 35; oltre 35 la seduta non viene remunerata
92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	€ 600,00	Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 450 fino a un massimo di 10; oltre 10 la seduta non viene remunerata
92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	€ 1.480,40	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 740,2 fino a un massimo di 3; oltre 3 la seduta non viene remunerata
92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	€ 1.408,00	Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 703,75 fino a un massimo di 5 ; oltre 5 la seduta non viene remunerata
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 45,35	Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Inclusive le fasi propedeutiche alla prestazione	€ 1.229,10	
92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	€ 1.811,00	
92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	€ 905,50	
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	€ 350,00	
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 175,00	
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 59,90	
92.28.1	TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131	€ 238,75	
92.28.3	TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOISNOVIORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE	€ 225,00	
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	€ 659,00	
92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	€ 988,20	
92.28.7	TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE	€ 175,00	
92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	€ 520,00	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 260 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	€ 68,00	
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	€ 123,00	
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	€ 161,00	
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	€ 30,00	
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	€ 142,40	
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	€ 14,00	
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	€ 118,75	
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento	€ 102,70	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.3	€ 476,00	
92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I ^a SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta	€ 31,00	
92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	€ 82,00	
92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	€ 82,00	
92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	€ 240,00	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 180 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	€ 76,65	
92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	€ 99,00	
92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	€ 200,00	
92.29.U	ADROTERAPIA - Ciclo intero.	€ 21.000,00	
92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).	€ 8.000,00	Per un numero di sedute superiore a 6 la remunerazione è 0

92.29.W	ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).	€ 10.000,00	Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 0
92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute	€ 550,00	Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 0
92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	€ 450,00	Per un numero di sedute superiore a 15 la remunerazione è 225 fino a un massimo di 30; oltre 30 la seduta non viene remunerata
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF [Valutazione di 3 o più delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento]. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	€ 20,00	
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95	
93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	€ 14,35	
93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	€ 14,35	
93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 14,35	
93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	

93.01.C	VALUTAZIONI DI E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95
93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE	€ 9,60
93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo	€ 11,95
93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	€ 17,00
93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo	€ 13,55
93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	€ 16,55
93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)	€ 18,00
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5	€ 13,00
93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.05.8	€ 14,90
93.05.6	ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati	€ 19,35
93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)	€ 30,20
93.05.8	GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico	€ 108,75
93.07.1	BIOIMPEDEZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE	€ 15,55
93.07.2	PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	€ 13,35
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta	€ 10,45
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago	€ 10,45
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell'occhio (95.25)	€ 13,65
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti	€ 10,45
93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	€ 10,45
93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	€ 10,45
93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	€ 10,45
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	€ 116,00
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	€ 98,00
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Include tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).	€ 78,00
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Include tutte le fibre indagabili.	€ 78,00

93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	€ 85,60
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	€ 51,65
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti	€ 10,45
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti	€ 10,45
93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)	€ 14,35
93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)	€ 8,00
93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese	€ 8,00
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	€ 12,35
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute	€ 29,55
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	€ 6,15
93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	€ 4,20
93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50
93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle "funzioni genito-urinarie", incontinenza urinaria, secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,35
93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	€ 10,00

93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50
93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	€ 4,05
93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	€ 6,25
93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute	€ 9,80
93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute	€ 5,60
93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.	€ 45,00
93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute	€ 16,25
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	€ 14,70
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	€ 8,85
93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	€ 11,40
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 3,85
93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINA Incluso farmaco	€ 51,00
93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione	€ 21,40
93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA	€ 21,40
93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	€ 7,20
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	€ 7,00
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo	€ 12,00
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso	€ 4,60
93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	€ 11,40

93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	€ 30,95
93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA	€ 30,95
93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	€ 30,95
93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	€ 8,10
93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	€ 15,20
93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalico	€ 25,20
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	€ 19,15
93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale	€ 12,70
93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale	€ 22,70
93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede	€ 6,05
93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale	€ 15,60
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	€ 3,85
93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico	€ 25,20
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO	€ 21,30
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	€ 6,85
93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA	€ 13,95
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute	€ 12,35
93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 12,35
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 7,70
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	€ 1,75
93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale	€ 7,70
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	€ 8,70
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 8,40
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	€ 2,15
93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI	€ 34,00
93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco	€ 1,65
93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta	€ 82,60
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	€ 7,75
93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta individuale	€ 6,35
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	€ 8,70
93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	€ 23,20
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	€ 9,70
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio	€ 15,45
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	€ 5,80
94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	€ 5,80
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,95
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 5,80
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	€ 7,75
94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	€ 27,10
94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	€ 5,80
94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	€ 5,80

94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 22,00
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 16,20
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	€ 22,00
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)	€ 19,30
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	€ 23,20
94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta	€ 26,00
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	€ 9,70
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	€ 22,00
95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	€ 35,60
95.03.2	PUPILLOMETRIA	€ 2,55
95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	€ 35,60
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	€ 35,60
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	€ 7,75
95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	€ 7,75
95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	€ 7,75
95.09.2	ESOFALMOMETRIA	€ 7,90
95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	€ 7,75
95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a Tomografia retinica (OCT) 95.03.3	€ 49,40
95.09.5	ABERROMETRIA OCULARE	€ 7,75
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	€ 3,85
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	€ 3,85
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA	€ 46,45
95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	€ 116,45
95.13	ECOGRAFIA OCULARE	€ 35,60
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	€ 35,60
95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE CON CONTA CELLULE ENDOTELIALI	€ 30,95
95.13.3	ECOBIOOMETRIA, ESAME BIOMETRICO INTERFEROMETRICO	€ 19,35
95.2	TEST DI HESS - LANCASTER	€ 7,75
95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	€ 33,55
95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	€ 33,55
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	€ 24,00
95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	€ 22,05
95.25	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)	€ 30,95
95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	€ 11,60
95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	€ 5,60
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,75
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,75
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	€ 11,90
95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 8,65
95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	€ 22,00
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE 'Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	€ 16,25
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	€ 32,50
95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI	€ 16,25
95.48.1	VERIFICA BENEFICIO PROTESICO. Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica. Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	€ 11,90
95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	€ 9,75
95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	€ 12,25
95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	€ 23,70
95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	€ 19,50
96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	€ 9,70
96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	€ 9,70
96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	€ 11,60
96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	€ 11,60
96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA	€ 12,00

96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESICALI. Incluso farmaco	€ 9,70
96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO	€ 3,90
96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla visita ORL (89.7B.8)	€ 7,75
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	€ 10,90
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	€ 4,65
96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA	€ 37,00
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione	€ 15,45
96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	€ 4,05
96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita	€ 10,00
96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita	€ 19,00
96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita	€ 32,00
96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita	€ 58,00
96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita	€ 61,00
96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitari, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita)	€ 124,00
96.59.7	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolorifico sistemico e/o locale, detersione, sbrigliamento, uso di garze avanzate. Per seduta di almeno 1 ora	€ 124,00
96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	€ 18,05
97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI	€ 10,20
97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Escluso il costo della cannula	€ 50,40
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	€ 10,75
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	€ 15,00
97.61	RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA	€ 279,00
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	€ 9,65
97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA	€ 9,70
98.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE	€ 59,00
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE	€ 8,40
98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	€ 15,10
98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	€ 10,30
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	€ 8,40
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	€ 7,75
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	€ 7,75

98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	€ 762,25
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	€ 468,95
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	€ 279,30
98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 33,00
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi	€ 60,00
99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 11,60
99.06.A	INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 8,00
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	€ 25,80
99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Escluso: Emocomponente	€ 24,60
99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Escluso: Emocomponente	€ 42,50
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	€ 11,60
99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	€ 11,60
99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco	€ 10,00
99.12.4	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta	€ 11,60
99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	€ 11,60
99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	€ 7,15
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	€ 9,70
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco	€ 11,60
99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco	€ 10,00
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione	€ 7,75
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 10,95
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie e in corso di endoscopie	€ 19,00
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]	€ 443,05
99.71.1	AFERESI SELETTIVA SU PLASMA	€ 743,00
99.71.A	AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO [granulocito-monocito aferesi terapeutica]	€ 402,80
99.71.B	AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE	€ 2.113,40
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	€ 402,80
99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]	€ 373,40
99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	€ 408,00
99.76	SALASSO TERAPEUTICO	€ 25,70
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	€ 9,10
99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	€ 11,65
99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72	€ 8,00
99.91	AGOPUNTURA PER ANALGESIA	€ 9,70
99.92	ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Moxa revulsivante	€ 9,10
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	€ 15,45

la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali

99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	€ 14,05
99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	€ 15,45
99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	€ 72,05
G1.01	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 450,00
G1.01.D	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)	€ 180,00
G1.01.M	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione	€ 227,00
G1.01.T	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette	€ 100,00
G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 500,00
G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.12	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 12 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.13	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 13 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.14	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 14 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.15	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 15 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.16	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 16 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.17	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 17 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.18	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 18 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.19	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 19 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.20	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 20 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.21	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 21 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00

G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00
G1.91	Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo	€ 60,00
G1.92	Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)	€ 160,00
G1.93	Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi	€ 180,00
G1.94	Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)	€ 120,00
G2.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi	€ 210,00
G2.02	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi	€ 330,00
G2.03	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali	€ 220,00
G2.04	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura villi coriali, coltura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.	€ 330,00
G2.05	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi	€ 210,00
G2.06	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: Coltura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi	€ 210,00
G2.07	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo	€ 250,00
G2.08	Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclei interfasci/MLPA e coltura del materiale biologico da analizzare	€ 300,00
G2.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e coltura del materiale biologico da analizzare	€ 850,00
G2.10	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo	€ 250,00
G3.01	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6	€ 65,00
G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19	€ 65,00
G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGENETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1	€ 65,00
G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico	€ 22,00

Ministero della Salute

GAB

0023385-P-29/12/2021

I.5.a.a/3



482863276

*Ministero della Salute*

IL CAPO DI GABINETTO

Al Direttore dell'Ufficio di coordinamento
della Segreteria della Conferenza
permanente per i rapporti tra lo Stato, le
regioni e le Province autonome di Trento e
Bolzano

statoregioni@mailbox.governo.it

e, p.c.

Al Direttore generale della
programmazione sanitaria

**OGGETTO: Schema di decreto concernente la definizione delle tariffe dell'assistenza
specialistica ambulatoriale e protesica**

Si trasmette in allegato il provvedimento in oggetto, per l'inserimento all'ordine del giorno
della prima seduta utile della Conferenza Stato-Regioni.

Sul predetto provvedimento è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia
e delle finanze.

Tiziana Coccoluto

RELAZIONE METODOLOGICA PER LA DEFINIZIONE DELLE TARIFFE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE E PROTESICA

ULTIMA REVISIONE: 29 DICEMBRE 2021

INDICE

1.	IL QUADRO NORMATIVO	2
2.	OBIETTIVI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE.....	4
3.	ATTIVITÀ PRELIMINARE DEL GRUPPO DI LAVORO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	6
3.1	STRUMENTI DI TRASPARENZA E COMUNICAZIONE.....	6
3.2	RACCOLTA DEGLI STUDI DI RILEVAZIONE DEI COSTI	6
3.3	LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	9
3.4	SCALA DEI VALORI TARIFFARI	11
4.	LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER PRESTAZIONE	12
4.1	I COSTI DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO.....	12
4.2	I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI GENETICA MEDICA	17
4.3	I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	17
5.	L'ANALISI DELLA VARIABILITÀ DELLE TARIFFE REGIONALI	18
5.1	LE VISITE E I CONTROLLI.....	18
5.2	RADIOTERAPIA	19
5.3	TRASFERIMENTI DI SETTING	19
6.	ESITI DELLE CONSULTAZIONI CON LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA E SOCIETÀ SCIENTIFICHE.....	21
6.1	ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	21
6.2	SOCIETÀ SCIENTIFICHE	21
7.	LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI RILEVAZIONE SISTEMATICA E PERMANENTE DEI COSTI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	28
8.	PROTESICA.....	28
8.1	INTRODUZIONE.....	28
8.2	LA DEFINIZIONE DELL'AMBITO DI INTERVENTO: DAL NOMENCLATORE - DM 332/99 ALL'ATTUALE NOMENCLATORE - DPCM LEA 2017	29
8.3	IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI.....	31
8.4	IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE	36
8.4.1	IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE NELLE SINGOLE CLASSI DEL NOMENCLATORE.....	37
8.5	LA PROPOSTA DI UN NUOVO TARIFFARIO E IL CONFRONTO CON LE ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA.....	39
8.6	IL PROCESSO DI AGGIORNAMENTO CONTINUO DELLE TARIFFE E LA NECESSITÀ DI UNA RILEVAZIONE PUNTUALE	45
APPENDICE	46
ELENCO DELLE SIGLE E DEGLI ACRONIMI	46

1. IL QUADRO NORMATIVO

Le regole di base del sistema di remunerazione attualmente in uso sono state stabilite inizialmente dalla riforma sanitaria del 1992, che introdusse nel SSN un sistema di tipo prospettico, basato su tariffe per prestazione fissate preventivamente; le riforme intervenute successivamente hanno confermato le caratteristiche di fondo del sistema, specificandone le modalità di utilizzo.

Le prestazioni sanitarie per le quali sono determinate le tariffe sono definite in maniera univoca, a livello nazionale, per ciascuna categoria di attività assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità tra Regioni e la connessa portabilità dei diritti di assistenza:

- a) Nomenclatore tariffario dell'assistenza specialistica ambulatoriale
- b) Nomenclatore protesi
- c) Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti e non acuti (sistema DRG)

I criteri per determinare le tariffe, a livello nazionale e regionale, sono definiti per legge e impongono, sia il legame delle tariffe con i costi per produrre le prestazioni secondo modalità efficienti ed appropriate, sia il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo del SSN.

Oltre alle tariffe, poiché non tutte le attività sanitarie prodotte ed erogate dalle strutture sanitarie sono riconducibili a prestazioni tariffabili singolarmente, il sistema di remunerazione prevede un secondo elemento costituito dalle cosiddette "Funzioni assistenziali", remunerate sulla base del costo standard del corrispondente programma di assistenza.

Ai sensi dell'articolo 8-sexies comma 5 del decreto legislativo 502/1992, il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi del decreto legislativo n.112/1998, individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare.

2

Le tariffe massime nazionali in tal modo determinate devono basarsi sui costi standard di produzione e su quote di costi generali calcolati sui dati relativi ad un campione di strutture accreditate pubbliche e private. A tal fine è prevista la possibilità di utilizzare, in via alternativa e nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse:

- a) Costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema Informativo Sanitario;
- b) Costi standard delle prestazioni già disponibili presso le Regioni e le Province Autonome;
- c) Tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle Regioni e nelle Province Autonome

La medesima procedura è prevista per la periodica revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e per l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse

Le Regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

Le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del SSN.

Gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali.

Il Ministro della Sanità, con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, disciplina le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

2. OBIETTIVI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE

In applicazione dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, l'art. 9 del Patto per la salute 2014-2016, sul quale è stata sancita l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR), prevede l'istituzione, senza oneri a carico della finanza pubblica, presso il Ministero della salute di una commissione permanente, costituita dai rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e Province autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), con il compito di provvedere, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, alle seguenti attività.

I compiti della Commissione permanente sono sintetizzabili come segue:

- Aggiornare e mantenere le tariffe massime di riferimento per le prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione, di lungodegenza post-acuzie, di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica
- Individuare le funzioni assistenziali ed i relativi criteri di remunerazione massima
- Definire criteri e parametri di riferimento per l'individuazione di classi tariffarie
- Promuovere la sperimentazione di metodologie per la definizione di tariffe per i percorsi terapeutici assistenziali territoriali
- Definire regole e criteri di remunerazione dei servizi di telemedicina (in senso lato)

La commissione è stata istituita con decreto del Ministro della salute del 18 gennaio 2016 e si è insediata il 2 febbraio 2016 presso la sede del Ministero della Salute. Nella prima riunione plenaria è stata approvata l'articolazione in sottogruppi di lavoro operativi corrispondenti ai seguenti ambiti:

- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza protesica
- assistenza ospedaliera post-acuzie riabilitativa e di lungodegenza
- assistenza ospedaliera in acuzie
- funzioni e regole del sistema di remunerazione

4

Il decreto istitutivo della Commissione permanente prevede, poi, che la Commissione debba realizzare il confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati e con le società scientifiche che, insieme, rappresentano validi interlocutori per la regolazione del sistema. L'importanza di tale passaggio è rappresentata anche dal fatto che l'assenza del precedente confronto con le predette associazioni e società scientifiche, per l'aggiornamento delle tariffe effettuato nel 2012, in applicazione del disposto normativo di cui all'articolo 15 del decreto-legge 95/2012, convertito nella legge 135/2012, in deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies del decreto leg.vo 502/92, ha costituito uno dei principali richiami fatti nei precedenti ricorsi davanti agli organi giurisdizionali amministrativi. In considerazione, di ciò, quindi il decreto costitutivo della Commissione Tariffe ha previsto esplicitamente tale passaggio di confronto, ancorché la norma di cui all'art.8-sexies del decreto leg.vo 502/92 non lo prevedesse esplicitamente.

La Commissione ha prospettato due fasi del lavoro:

- A. Revisione delle tariffe delle prestazioni già esistenti e delle nuove prestazioni introdotte dal nomenclatore approvato con il DPCM del 12 gennaio 2017 (cosiddetta fase A), sulla base di:
 - a. Analisi di costo già disponibili o resi disponibili nel corso dei lavori;
 - b. Analisi della variabilità delle tariffe a livello regionale;
 - c. Analisi della tariffa nazionale vigente;
 - d. Ogni altra informazione utile per la definizione delle tariffe delle nuove prestazioni per le quali non è stato possibile ricorrere alle assimilazioni con quelle inserite nel nuovo nomenclatore (NN).

- B. Ridefinizione delle tariffe mediante l'applicazione di un modello di rilevazione sistematico e permanente dei costi di tutte le prestazioni (cosiddetta fase B, vedi *infra*).

La presente relazione metodologica intende descrivere quanto convenuto dalla Commissione permanente tariffe in materia di definizione delle tariffe massime nazionali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, per: i) consentire quanto prima l'entrata in vigore del DPCM LEA (fase A), ii) avviare la rilevazione sistematica e permanente dei costi di tutte le prestazioni (*infra*, fase B).

La necessità di individuare il livello tariffario di tutte le 2109 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 4 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, nonché delle 1063 voci del nomenclatore dell'assistenza protesica, di cui all'elenco 1 dell'allegato 5 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, deriva dall'articolo 64 del predetto DPCM LEA. Come noto, difatti, l'articolo 64, **comma 2** recita: *“Le disposizioni in materia di **assistenza specialistica ambulatoriale**, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”* e il **comma 3** : *“Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi **protesici** inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a) dell'articolo 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni.”*

Ne consegue che il percorso di perfezionamento del DPCM LEA è strettamente correlato a quello di definizione delle tariffe delle **prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica**, il cui termine in base alla normativa vigente era previsto per il 28 febbraio 2018.

2. ATTIVITÀ PRELIMINARE DEL GRUPPO DI LAVORO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

2.1 STRUMENTI DI TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

Il gruppo di lavoro ha predisposto un canale dedicato per garantire lo scambio organizzato di documentazione al proprio interno e verso gli interlocutori esterni (es. associazioni di categoria, società scientifiche, etc.), attraverso la creazione di un account di posta elettronica consultazionetariffe@sanita.it. Le raccolte di dati sono state organizzate mediante format predisposti per favorire rapidità di lettura e analisi, nonché l'omogeneità dei dati.

Ogni riunione del gruppo di lavoro è stata verbalizzata, ovvero è stata trasmessa formalmente tutta la documentazione rilevante per gli incontri e scaturente dagli incontri stessi. Sono state organizzate nel periodo da febbraio 2016 ad ottobre 2017 n. 14 incontri di lavoro del sottogruppo (comprensivi di 3 incontri della Commissione plenaria); a tali incontri si aggiungono 3 incontri con le associazioni di categoria (31/03/2016, 31/03/2017 e del 12/04/2017 dove si affrontarono le problematiche emerse in sede di consultazione per la branca di Laboratorio), un incontro con le strutture private selezionate dalle Associazioni di Categoria nel 2016 per la rilevazione dei costi (20/06/2016), un incontro con le strutture private coinvolte nella rilevazione dei costi per la branca di Laboratorio (18/04/2017), e 2 incontri con le società scientifiche (20/09/2016 e 07/04/2017).

Tutti gli scambi di informazioni rilevanti trasmessi via email sono stati portati a conoscenza di tutti i membri in modo da rendere possibile la continuità del lavoro comune anche al di fuori dei momenti di incontro.

2.2 RACCOLTA DEGLI STUDI DI RILEVAZIONE DEI COSTI

Il lavoro è iniziato nel 2015 richiedendo a tutte le Regioni informazioni e dati analitici prodotti da studi/ricerche presso strutture erogatrici sia pubbliche che private accreditate relativi, tra l'altro, agli ambiti della specialistica ambulatoriale e protesica, con particolare riferimento alla quantificazione dei costi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, tariffari regionali e delibere di approvazione degli stessi, studi ed analisi effettuati per la revisione dei tariffari regionali, politiche tariffarie adottate, quantificazione e descrizione delle prestazioni oggetto di trasferimento da altro setting assistenziale, frequenza di erogazione delle prestazioni «reflex» relativamente alle rispettive prestazioni «propedeutiche», nonché studi specifici eventualmente elaborati dalle regioni, da ASL o da altri soggetti istituzionali, anche in collaborazione con le associazioni di categoria dei fornitori e/o le società scientifiche impegnate nei percorsi di riabilitazione nell'ottica di valutare la congruità delle tariffe dei dispositivi protesici su misura e disponibilità di studi sui costi di produzione di alcune categorie dei dispositivi su misura (calzature, Protesi d'arto, altro). Alle regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto, che hanno partecipato al Tavolo tecnico per la definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza, è stato poi chiesto di mettere a disposizione del Ministero della salute eventuali analisi dei costi condotte per l'inserimento nel proprio Nomenclatore regionale delle prestazioni già incluse nello schema di nuovo nomenclatore nazionale che non fossero inserite in quello vigente di cui al DM 18 ottobre 2012. Le suddette richieste sono state formulate con le seguenti note del Ministero della salute – DGPROGS: nota prot. n. 14147 dell'11 maggio 2015, nota prot. n. 17775 del 17 giugno 2015 e nota prot.n. 17780 del 17 giugno 2015.

Anche alle società scientifiche e associazioni di categoria è stato chiesto di porre a disposizione della Commissione ricerche, analisi o semplici rilevazione dei costi associati all'erogazione di prestazioni, anche di

ambito ristretto. In particolare, In data 31 marzo 2016 sono state coinvolte le Associazioni di categoria (FEDERANISAP, FERLAB, FEDERBIOLOGI, CONFINDUSTRIA, AARIS E AIOP per l'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale), alle quali è stata chiesta la disponibilità a selezionare aziende o gruppi di aziende da coinvolgere nella rilevazione dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, indicando i requisiti necessari, tra cui la presenza di almeno due aree (Laboratorio con almeno 200.000 prestazioni annue; Diagnostica per immagini; Riabilitazione; Attività clinica); oltre ad almeno una branca riconducibile all'attività clinica; disponibilità di un sistema di contabilità analitica affidabile e in grado di produrre informazioni affidabili sui costi sostenuti per centro di costo e per fattori produttivi, nonché sui volumi di prestazioni erogate per tipo. Inoltre le Associazioni di categoria potevano segnalare criticità relative al DM 18 ottobre 2012, tramite una casella di posta elettronica appositamente istituita dal Ministero.

In considerazione del mancato riscontro da parte delle regioni alle richieste sopra riportate, peraltro reiterate nella riunione di insediamento dei sottogruppi di lavoro, dopo la costituzione della Commissione permanente tariffe avvenuta con il decreto 18 gennaio 2016 e la sua prima riunione di insediamento del 2 febbraio 2016, la Commissione ha ritenuto di procedere con l'utilizzo dei dati di costo messi a disposizione da alcune regioni componenti della Commissione stessa (in particolare: regioni Veneto ed Emilia Romagna per le prestazioni di laboratorio e Marche per la medicina fisica e riabilitativa).

Altra decisione assunta nell'ambito della Commissione tariffe è stata quella di rinviare la rilevazione più puntuale dei costi delle prestazioni ambulatoriale nelle strutture pubbliche selezionate dalle regioni Emilia Romagna, Veneto, Marche ed Umbria e quelle private selezionate dalle Associazioni di categoria, utilizzando per la fase A solo i dati di costo, inizialmente resi disponibili dalle regioni Veneto ed Emilia Romagna per le strutture di laboratorio dell'AO di Padova e Ospedale di Treviso ULSS9 e quelli dell'ASUR Area Vasta 3 (Macerata) per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa. Nel corso dei lavori, poi, la Commissione tariffe ha convenuto di ampliare la selezione delle strutture su cui rilevare i costi di laboratorio, come meglio descritto nel paragrafo 4.1 (vedi *Infra*). La decisione di rinviare alla fase B la rilevazione puntuale di costi su tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e non solo sulle prestazioni di laboratorio, al fine di alimentare un sistema di rilevazione sistematica dei costi, utile per la manutenzione e l'aggiornamento delle tariffe nell'ambito della Commissione permanente tariffe è stata portata a conoscenza delle strutture private selezionate dalle Associazioni di categoria, nel corso dell'incontro tenutosi il 20 giugno 2016.. A seguito di tale incontro, verso la fine del 2016 è partita l'attività di definizione di una metodologia di rilevazione sistematica dei costi associati all'erogazione delle prestazioni, attraverso il supporto del CERGAS Bocconi (università aggiudicatrice di una procedura negoziale condotta dal Ministero della salute). L'obiettivo delle attività di ricerca commissionate al CERGAS Bocconi è lo sviluppo e la sperimentazione di un sistema strutturato e permanente di analisi dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In data 20 settembre 2016 sono state coinvolte anche le Società Scientifiche, alle quali è stato richiesto di far pervenire per le prestazioni già presenti nel nomenclatore vigente le segnalazioni di eventuali singole prestazioni sovra-finanziate o sotto-finanziate in modo significativo (in seguito a significative innovazioni tecnologiche o di metodo di erogazione), fornendo eventuali risultati delle analisi dei costi svolte (è stato fornito un format per la rilevazione dei dati); per le prestazioni presenti nel nuovo nomenclatore e non riconducibili ai nomenclatori regionali si chiedeva la collaborazione delle società scientifiche nel fornire alla Commissione permanente tariffe i risultati di studi esistenti sui costi di prestazioni innovative. La raccolta di pareri doveva riguardare esclusivamente il livello tariffario e la sua congruità rispetto ai costi dei fattori produttivi impiegati per le singole prestazioni.

Per l'aggiornamento delle tariffe nell'ambito della cosiddetta fase A, tesa a consentire l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, sono stati utilizzati i dati resi disponibili e considerati fruibili, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 8-sexies, comma 5,

lettere a), b) e c) del decreto legislativo 502/92 e s.m.i.. In particolare, il metodo seguito è così sintetizzabile: rilevazioni puntuali dei costi di alcune strutture messe a disposizione dalle regioni e/o da altri enti per diverse tipologie di prestazioni (laboratorio, Medicina fisica e riabilitativa, genetica ed in parte per la radioterapia, ovvero per l'adroterapia), in attuazione del disposto della lettera b) del comma 5; successivamente per le prestazioni di laboratorio è stato utilizzato il criterio dell'art. 8-sexies comma 5 lettera a); per le altre tipologie di prestazioni si è fatto riferimento all'analisi delle tariffe vigenti e dei tariffari regionali, in attuazione della lettera c) della medesima norma.

Le regioni Emilia-Romagna Veneto e Umbria hanno fatto pervenire importanti contributi sulle rilevazioni sistematiche dei costi avviate a livello locale, in particolare riferite alla branca di laboratorio.

Per l'analisi dei costi di laboratorio sono stati presi a riferimento i costi osservati in 4 strutture molto efficienti messi a disposizione dalla Regione Emilia Romagna (LUM di Bologna e Laboratorio Pievesestina) e dal Veneto (Ospedale di Treviso ULSS9 e AO di Padova), che conseguono importanti economie di scala connesse agli elevati volumi di prestazioni. Tali strutture hanno le caratteristiche di efficienza, appropriatezza e qualità indicate dall'art. 8-sexies comma 5 lettera a). Si tratta di strutture con ampi volumi di prestazioni: 11 mln circa sia per LUM che per Pievesestina; 8,5 mln per Padova; 5 mln per Treviso.

Tra le società scientifiche sin da subito la SIGU (Società Italiana di Genetica Umana) si è dimostrata disponibile a fornire un supporto al sottogruppo della specialistica ambulatoriale per la definizione del livello tariffario delle prestazioni di genetica medica, attraverso la messa a disposizione dello studio puntuale dei costi associati alle prestazioni di genetica che ha coinvolto le regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Liguria, con l'interessamento aggiuntivo di due strutture singole (del Lazio e della Sardegna).

Per avere un riferimento a livello complessivo del livello di copertura dei costi delle strutture medie di laboratorio (con volumi da 200 mila a 500 mila), è stato richiesto, alle regioni dotate di sistemi aziendali di contabilità analitica aggregabili, la valutazione degli scostamenti tra costi e ricavi.

Il quadro che emerge dalle regioni che hanno fornito i dati richiesti, Lombardia e Toscana, indica un sostanziale pareggio considerando tutte le analisi effettuate, con un margine positivo sulle analisi di chimica clinica.

	Lombardia			Toscana		
	costi prestazioni esterne	RICAVI prestazioni ambulatoriali	Costi/ricavi	costi	ricavi	Costi/ricavi
Chimica clinica	32.546.796	48.194.903	67,5%	39.054.590	66.826.278	58,4%
Microbiologia e virologia	22.583.386	25.472.811	88,7%	10.574.364	9.477.406	111,6%
Immunologia e trasfusionale	32.546.796	27.493.197	118,4%	17.394.445	7.358.059	236,4%
Ematologia/coagulazione				3.561.148	4.137.678	86,1%
Anatomia ed istologia patologica				9.502.639	9.820.517	96,8%
Genetica/citogenetica				11.150.855	11.106.567	100,4%

2.3 LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO

La Commissione ha dovuto dotarsi di strumenti informativi indispensabili per raggiungere l'obiettivo di definire le tariffe massime nazionali utili per l'entrata in vigore del DPCM LEA del 12 gennaio 2017.

In primis ha costruito un sistema informativo basato sulle seguenti fonti:

- **Flusso Tessera Sanitaria** della Specialistica Ambulatoriale: si tratta dell'archivio attraverso cui viene rendicontata l'erogazione di prestazioni ambulatoriali su tutto il territorio nazionale. E' alimentato mensilmente dalle regioni e contiene per ciascuna ricetta i codici delle tipologie di prestazioni, le quantità, i valori tariffati e l'importo della compartecipazione alla spesa da parte del cittadino.
- **Tariffari regionali** in vigore nelle 21 regioni e PP.AA. in cui, per ogni codice e descrizione delle prestazioni, viene riportata la tariffa applicata per la remunerazione degli erogatori.
- **Sistema di classificazione delle prestazioni:** il livello di dettaglio delle descrizioni delle prestazioni contenute nel nomenclatore della specialistica ambulatoriale rende necessaria l'aggregazione delle stesse prestazioni in categorie relativamente omogenee. Il sistema di raggruppamento scelto è quello messo a punto da Fadda e Repetto per la Regione Emilia-Romagna e conosciuto con l'acronimo FA-RE. Ha la caratteristica saliente di discriminare le prestazioni basandosi sul criterio dell'omogeneità di processo. Lo schema è riassunto nel prospetto che segue:

Classificazione delle prestazioni ambulatoriali Fa-Re			
liv. 1	livello 2	livello 3	codice
<i>diagnostica</i>	Diagnostica con radiazioni	Radiologia tradizionale RX	D11
		Tac	D12
		Diagnostica vascolare	D13
		Medicina nucleare	D14
	Diagnostica senza radiazioni	Ecografia	D21
		Ecocolor Doppler	D22
		Elettromiografia	D23
		Endoscopia	D24
		RM	D25
	Altra diagnostica strumentale	D29	
Biopsia	Biopsia	D30	
Altra diagnostica	Altra diagnostica	D90	
<i>laboratorio</i>	Prelievi	Prelievo sangue venoso	L11
		Prelievo sangue arterioso	L12
		Prelievo sangue capillare	L13
		Prelievo sangue microbiologico	L14
		Prelievo citologico	L15
	Chimica clinica	Chimica clinica di base	L21
		Chimica clinica altra	L29
	Ematologia/coagulazione	Ematologia/ coagulazione di base	L31
		Ematologia/ coagulazione altra	L39
	Immunoematologia e trasfusionale	Immunoematologia e trasfusionale di base	L41
Immunoematologia e trasfusionale altra		L49	
Microbiologia/virologia	Microbiologia/ virologia di base	L51	
	Microbiologia/ virologia altra	L59	
Anatomia ed istologia patologica	Anatomia ed istologia patologica	L60	
Genetica/citogenetica	Genetica/ citogenetica	L70	
<i>Riabilitazione</i>	Diagnostiche	Diagnostiche	R10
	Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	R20
	Terapia Fisica	Terapia Fisica	R30
	Altra Riabilitazione	Altra Riabilitazione	R40
<i>terapia</i>	Radioterapia	Radioterapia	T10
	Dialisi	Dialisi	T20
	Odontoiatria	Odontoiatria	T30
	Trasfusioni	Trasfusioni	T40
	Chirurgia ambulatoriale	Chirurgia ambulatoriale	T50
		Chirurgia ambulatoriale maggiore	T51
Altre prestazioni terapeutiche	Altre prestazioni terapeutiche	T90	
<i>visite</i>	Prima visita	Prima visita	V10
	Visita di controllo	Visita di controllo	V20

La Commissione permanente tariffe ha condiviso l'opportunità di utilizzare tale sistema di classificazione FA.RE in quanto ritenuta funzionale ai fini tariffari per descrivere in maniera aggregata le prestazioni di specialistica ambulatoriale appartenenti a gruppi omogenei di tecnologie utilizzate per l'erogazione delle prestazioni. La classificazione FA.RE, difatti, definisce le classi secondo criteri orientati all'omogeneità dei costi (es. tecnologie, mix dei fattori produttivi utilizzati, tipo/quantità di materiali consumati, durata, volumi prodotti/erogati per tipo di struttura erogatrice, etc.), consentendo la definizione di prestazioni traccianti allo scopo di creare dei macro-aggregati utili ai fini tariffari.

- Sistema di transcodifica:** il mancato aggiornamento del nomenclatore nazionale, risalente al 1996, ha portato le regioni ad adeguare autonomamente i loro nomenclatori e tariffari allo sviluppo della pratica diagnostica e terapeutica dell'ultimo ventennio; ciò ha comportato la creazione a livello regionale di nuove definizioni di prestazioni, corrispondenti anche a codici diversi da quelli nazionali. Il risultato finale è stato che attualmente esistono nel flusso TS circa 36 mila codici diversi. E' stato, quindi, necessario ricondurre e transcodificare i codici regionali a quelli previsti dal nuovo nomenclatore nazionale; tale operazione, inoltre, non sempre ha portato ad una associazione biunivoca dei codici regionali ai codici del Nuovo Nomenclatore (d'ora in avanti NN) poiché in alcuni casi ad un codice regionale possono corrispondere più codici nazionali da NN (relazione 1 a n), o viceversa più codici regionali possono essere ricondotti ad un unico codice nazionale da NN (relazione n a 1). Nello specifico, il lavoro di transcodifica è stato condotto sui codici regionali da flusso TS 2016 partendo da una base dati di circa 38 mila record, corrispondenti a circa 36 mila codici prestazione regionali. Dopo una prima scrematura dei record non utilizzabili o "errati", il lavoro di riconduzione è partito dall'abbinamento codice-codice, andando a verificare successivamente la congruenza di massima delle descrizioni; si è proceduto, successivamente, ad un abbinamento basato sui dati forniti dalle stesse Regioni per tutti i codici non direttamente riportabili a codici del NN, ed a una ulteriore "omogeneizzazione" rispetto alle prestazioni di altre regioni relativamente alle quali non si aveva disponibile la transcodifica ma che risultavano riportabili a quelle per le quali era stata fornita. In particolare questa fase ha richiesto un grande sforzo legato all'analisi puntuale delle singole descrizioni regionali, teso a rendere omogeneo il risultato delle transcodifiche (poiché spesso è capitato di ricevere indicazioni regionali differenti circa la riconduzione di una prestazione ad un determinato codice del NN), nonché allo studio approfondito delle riconduzioni in senso generale (effettuato per branche e con l'ausilio sia del personale clinico del MdS che dei referenti regionali coinvolti resisi disponibili).

La successiva analisi della **variabilità tariffaria** per singolo codice del NN (vedi par. 5) attraverso il calcolo del **coefficiente di variazione** (deviazione standard su media aritmetica), ha consentito di individuare le prestazioni con tariffe regionali caratterizzate da alta variabilità; queste ultime sono state rivisitate ed analizzate unitariamente allo scopo di individuare ed eliminare eventuali anomalie e diverse configurazioni delle prestazioni a livello regionale.

Ogni "step" di progressiva verifica ed affinatura delle associazioni è stato seguito da un aggiornamento del calcolo degli indicatori (valore centrale, coefficiente di variazione, come meglio descritti al paragrafo 5).

2.4 SCALA DEI VALORI TARIFFARI

In ottemperanza a quanto previsto dall'articolo ART. 13-quater del decreto-legge 24/04/2017, n. 50, convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 21/06/2017, n. 96 che dispone la soppressione, dal **1° gennaio 2018**, del conio delle monete da 1 e 2 centesimi, tutti i valori tariffari sono stati portati al massimo multiplo di 5 centesimi.

3. LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER PRESTAZIONE

3.1 I COSTI DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO

Nel 2012, anno in cui il Ministero della salute ha adottato il decreto ministeriale di aggiornamento delle tariffe – in deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies del decreto leg.vo 502/92 - per classi omogenee di prestazioni (es. diagnostica per immagini e branca di laboratorio), il lavoro condotto si era basato sulle informazioni all'epoca disponibili. Le tariffe massime nazionali adottate con il dm 18 ottobre 2012 tenevano conto delle analisi dei dati disponibili e con riferimento alla branca di laboratorio, si era preso atto della lenta gradualità con cui le regioni stavano attuando il disposto di cui alla legge 296/06, c.796 lett. o) che, già dal 2007, prevede che le regioni debbano attuare *“un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate”* e di quelle contenute nell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 in materia di *“Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio”* laddove è prevista una soglia minima di attività pari a 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, prodotti in sede e non tramite service, al di sotto della quale non si può riconoscere l'idoneità al riconoscimento di produttore accreditato e a contratto.

L'attuale aggiornamento delle tariffe, con riferimento alla branca di laboratorio, è stato condotto nell'ottica che - a distanza di 10 anni - tale riorganizzazione debba essere attuata da tutte le Regioni, con la finalità che le strutture conseguano importanti economie di scala particolarmente rilevanti nel settore dei laboratori.

Nella **prima fase di analisi dei costi** delle prestazioni di laboratorio si sono presi a riferimento i costi osservati in 4 strutture, messi a disposizione dalla Regione Emilia Romagna (LUM di Bologna e Laboratorio di Pievesestina) e dal Veneto (P.O. di Treviso e A.O. di Padova), che conseguono importanti economie di scala connesse agli elevati volumi di prestazioni erogate. Si tratta di strutture con ampi volumi complessivi di prestazioni: 11 mln circa sia per LUM che per Pievesestina; 8,5 mln per Padova; 5 mln per Treviso. Tali strutture hanno fornito la quantificazione dei costi pieni unitari legati alle prestazioni erogate, in maniera più articolata per quanto riguarda le strutture del Veneto (costi suddivisi per fattore produttivo impiegato, ad eccezione di alcune prestazioni erogate all'interno della struttura di Padova), ed in forma più aggregata per le strutture della Regione Emilia-Romagna. Per tutte e 4 le strutture si è proceduto all'isolamento delle componenti di costo riferibili ai costi generali, andando ad applicare la medesima entità per tutte, calcolata come percentuale stimata dei costi diretti ed indiretti pari al 15%.

L'applicazione dei costi medi ponderati in tal modo calcolati sulle sole 4 strutture prese a riferimento ai fini della determinazione delle tariffe avrebbe portato ad un drastico abbassamento della remunerazione delle prestazioni, soprattutto nel raggruppamento della chimica clinica di base, poiché l'offerta di prestazioni di laboratorio a livello nazionale è poco rappresentata dalle citate strutture; per tale ragione, si è ritenuto di applicare i costi (e le tariffe) in tal modo rilevati a tutta l'organizzazione produttiva operante a livello nazionale applicando una maggiorazione forfettaria del 15% corrispondenti alle prestazioni poco complesse (definite *spoke*) e del 60% su quelle riferite alle prestazioni più complesse (*hub*) sui costi osservati per le prestazioni per le quali si disponeva dell'analisi dei costi e delle medesime percentuali del 15% e del 60% sulla tariffa calcolata per tutte le altre prestazioni per le quali non si disponeva dei dati di costo. Il rationale di questa ipotesi era quello di applicare distintamente per le due categorie di prestazioni una *proxy* dei maggiori costi che devono sostenere i laboratori di medie dimensioni, ancora ammessi dalla normativa, e la diversa percentuale di incremento era motivata dal fatto che le prestazioni *spoke* hanno subito un forte miglioramento della produttività a seguito del processo di automazione degli ultimi decenni.

Tuttavia, anche a seguito della consultazione delle associazioni di categoria che contestavano i margini insufficienti nonostante le maggiorazioni ipotizzate con le suddette proxy, si è voluto approfondire la dinamica dei costi del laboratorio in relazione alle dimensioni della struttura produttiva. Le maggiori critiche e perplessità formulate in sede di consultazioni con le associazioni di categoria e le società scientifiche hanno riguardato il settore del laboratorio. Le principali osservazioni sono state: i) il campione inizialmente scelto - costituito da strutture con volumi di produzione troppo elevati e quindi non rappresentativi del panorama produttivo nazionale - con una struttura dei costi che risente delle economie di scala per gli elevati volumi erogati; ii) la scelta discrezionale delle percentuali di incremento tariffario rispetto ai costi rilevati o calcolati per le prestazioni hub e spoke; iii) alcune incongruenze tariffarie per prestazioni affini. Si è, quindi, proceduto ad introdurre all'interno del panel di rilevazione dei costi anche strutture pubbliche e private più piccole, pur sempre con volumi di attività superiori alle 200.000 prestazioni.

Il Ministero della Salute, pertanto, ha promosso l'adesione di altre strutture arrivando a raccogliere valori di costo per prestazione erogata da un totale di 7 strutture pubbliche e 8 strutture private con un numero unitario di prestazioni annue compreso tra 295.000 e 10 milioni, intervallo rappresentativo della composizione dell'attuale offerta laboratoristica pubblico-privata in condizioni di efficienza¹:

¹ La scelta di coinvolgere le seguenti 7 strutture ambulatoriali private:

1. (Centro Diagnostico Gamma (Gioia Tauro, RC)
2. L.A.B. Dott. Bilotta (Cosenza)
3. Bios (Roma)
4. U.S.I. (Roma) *
5. Namur (Roma)
6. C.S.M. (Catania)
7. Villa Salus (Venezia) *

è riconducibile al fatto che le stesse hanno fatto pervenire, in sede di consultazione per il tramite delle associazioni di categoria, le osservazioni in merito alle ipotesi tariffarie proposte dal Ministero, fatta eccezione per Villa Salus che è stata selezionata in quanto già coinvolta, nell'ambito dell'attività avviata con il supporto del CERGAS Bocconi, per la definizione di una metodologia di rilevazione sistematica e permanente dei costi associati all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (anche diverse da quelle di laboratorio) nella cd. "FASE B". La scelta di coinvolgere anche la struttura privata Ospedale pediatrico Bambino Gesù deriva dalla necessità di prendere a riferimento una struttura privata di medio-grande dimensione (i volumi si aggirano intorno ai 5 mln di prestazioni l'anno) e, comunque, in possesso di un sistema di contabilità analitica in grado di quantificare i costi per fattore produttivo associato alla singola prestazione di laboratorio.

* Per le strutture U.S.I. e Villa Salus, in realtà, non sono stati raccolti i dati di costo per prestazione di laboratorio erogata, in quanto la prima presentava dei disallineamenti tra i volumi trasmessi e i dati rilevati all'interno del flusso NSIS STS.21, mentre la seconda risulta già coinvolta nella fase B) dello studio di rilevazione dei costi con il CERGAS Bocconi e, pertanto, si è deciso di rinviare a quella fase la rilevazione dei costi della struttura Villa Salus.

La scelta di coinvolgere le seguenti altre 3 strutture pubbliche, oltre a quelle precedentemente coinvolte (P.O. Treviso, A.O. Padova, LUM e Pievesestina):

1. Policlinico Tor Vergata (Roma)
2. A.O. San Giovanni Addolorata (Roma)
3. A.O. Perugia (Perugia)

è riconducibile al fatto di introdurre all'interno del panel di rilevazione dei costi anche strutture pubbliche con volumi di attività più rappresentativi del panorama nazionale, laddove la percentuale dei volumi delle strutture pubbliche e private, compresi tra 200.000 e 5 mln di prestazioni di laboratorio annue, rappresenta circa il 90% del totale della produzione resa dalle strutture con volumi superiori alle 200.000 prestazioni. Inoltre, sono strutture che afferiscono a 2 regioni (LAZIO e UMBRIA) designate all'interno della Commissione Tariffe e che dispongono di un sistema di contabilità analitica in grado di quantificare i costi per fattore produttivo associato alla singola prestazione di laboratorio.

<i>Strutture pubbliche</i>	<i>Strutture Private</i>
1. Policlinico Tor Vergata (Roma)	1. Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Roma)
2. A.O. San Giovanni Addolorata (Roma)	2. Centro Diagnostico Gamma (Gioia Tauro, RC)
3. P.O. Treviso, ULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso)	3. L.A.B. Dott. Bilotta (Cosenza)
4. A.O. Padova (Padova)	4. Bios (Roma)
5. A.O. Perugia (Perugia)	5. U.S.I. (Roma) ²
6. L.U.M. Laboratorio Unico Metropolitan (Bologna)	6. Namur (Roma)
7. Laboratorio Unico di A.V. Romagna (Pievesestina, FC)	7. C.S.M. (Catania)
	8. Villa Salus (Venezia) ²

Alle nuove strutture coinvolte è stata fornita una distinta-base per la rilevazione dei costi per fattore produttivo impiegato, in grado di ottenere una rilevazione il più possibile aderente alla conformazione dei costi pieni unitari già in possesso:

Cod PrestReg
Descrizione Prest Reg
Numero PRESTAZIONI
cod. Nuovo Nomenclatore nazionale (NN)
Descrizione NN
Costo PERS. MEDICO
Costo PERS. SANITARIO NON MEDICO
Costo PERS. INFERMIERISTICO
Costo PERS. TECNICO
Costo PERS. OTA
Costo PERSONALE AMMINISTRATIVO
Costo BORSISTI E COLLABORATORI
Costo FARMACI
Costo PRESIDI
Costo SERV. NOLEGGIO APPARECCHIATURE
Costo SERVIZI SUPPORTO
Costo MATERIALI VARI
Costo AMMORTAMENTI
Costo MANUTENZIONI
Costo Diretto unitario (D+E+F+G+H+J+K+L+M+N+O+P+Q)
Costo pre-analitica (PRENOTAZIONE, ACCETTAZIONE)
Costo post- analitica (REFERTAZIONE e DISTRIBUZIONE REFERTO)
Costi COMUNI LABORATORIO (specificare: utenze, personale comune, pulizie, lavanolo, altri)
COSTI GENERALI D'AZIENDA (specificare)
Costo Pieno unitario (T+U+V+W+X)

I dati in questo modo rilevati, oltre a rappresentare la base per la definizione delle nuove tariffe nella fase A in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8-sexies, comma 5 lettera a) del decreto leg.vo 502/92 e s.m.i., verranno utilizzati anche nella rilevazione sistematica e permanente dei costi (*infra*, Fase B).

Per rendere maggiormente omogenei tra loro i dati, i costi diretti e indiretti dei laboratori pubblici sono stati tutti indistintamente maggiorati del 20% (quota stimata come rappresentativa dei costi generali e calcolata come media dell'incidenza di tale componente di costo in alcune strutture del Veneto che, nel 2007, avevano partecipato ad uno studio con l'Università Bocconi; tale percentuale coincide con l'incidenza media dei costi generali nelle strutture private coinvolte nella rilevazione, andando preventivamente a "depurare" i dati di costo trasmessi da parte delle strutture delle eventuali quote di costo riferibili ai costi generali. Sempre con la finalità di rendere i dati correttamente confrontabili, ai costi relativi a macchinari e materiali trasmessi dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è stata applicata una maggiorazione del 22%, pari all'IVA dovuta da tutte le altre strutture del campione.

² Ad esclusione di Villa Salus in quanto già coinvolta Nello studio di rilevazione dei costi con il CERGAS Bocconi e di U.S.I. (a causa di disallineamento tra i volumi trasmessi e i dati rilevati all'interno del flusso NSIS STS.21)

Prima di procedere nel calcolo dei costi medi ponderati è stato necessario omogeneizzare alcuni procedimenti di imputazione dei costi alle singole prestazioni:

- i. dal momento che alcuni laboratori avevano trasmesso dati di costo “multipli” (aggregati per “analita”) riferibili ad un unico codice prestazione del NN, questi sono stati ricondotti in maniera univoca al codice di riferimento; ciò è stato fatto considerando, a seconda delle necessità, la media ponderata dei diversi costi osservati per i possibili singoli esami che compongono la prestazione, oppure la sommatoria totale o parziale delle voci di costo riferite (ad esempio: in considerazione del fatto che per alcune prestazioni il costo del personale impiegato non cambia a seconda delle singole procedure che compongono la prestazione, tale costo è stato imputato una sola volta, mentre sono stati sommati i costi dei singoli reagenti e dei materiali, qualora differenti tra le diverse procedure costituenti la prestazione nel suo complesso);
- ii. per le prestazioni accessorie “eventuali” (es. *immunoblotting*) si è proceduto nel calcolo dei costi del materiale connesso considerando una frequenza di effettuazione della prestazione analoga per tutte le strutture che hanno inviato i dati di costo.

Si è proceduto ad applicare un sistema di pesatura che rendesse il campione il più possibile rappresentativo dell'organizzazione produttiva a livello nazionale. I pesi sono stati, pertanto, calcolati sulla base della composizione dei volumi erogati dalle strutture laboratoristiche censite dai modelli ministeriali STS.21, stratificate per natura giuridica (pubblico vs privato) e dimensioni produttive. Nella tabella di seguito (tab.1) sono riportate le strutture stratificate per i volumi di prestazioni erogate e la natura giuridica che hanno costituito la base della ponderazione delle stesse strutture all'interno del campione.³.

³ Nella fattispecie delle strutture private non ospedaliere del campione, qualora comunicati (con autocertificazione) dalle strutture interessate, sono stati compresi i volumi delle prestazioni erogate in regime di solvenza, in modo da rendere omogenei i livelli di costo rilevati con i rispettivi volumi complessivi. Inoltre, nel caso di OPBG, data la peculiarità di netta prevalenza della quantità di prestazioni per interni su quella per esterni (75%), sono stati considerati anche i volumi di prestazioni per interni).

Stratificazione del campione secondo fasce di volumi e natura giuridica delle strutture di laboratorio analisi			
Strato	POPOLAZIONE (TUTTE LE STRUTTURE ACCREDITATE*)		CAMPIONE
	n. prestazioni	% su totale	
PRIVATO < 200M	116.763.057	19,5%	
PRIVATO 200M-500M	38.124.874	6,4%	NAMUR, GAMMA
PRIVATO 500M-1MLN	11.019.119	1,8%	BILOTTA
PRIVATO 1MLN-2MLN	8.561.197	1,4%	BIOS, CSM
PRIVATO 2MLN-5_MLN	8.845.599	1,5%	OPBG
PRIVATO >5_MLN	6.310.041	1,1%	
PUBBLICO < 200M	41.742.390	7,0%	
PUBBLICO 200M-500M	72.308.753	12,1%	
PUBBLICO 500M-1MLN	81.678.072	13,6%	HSG
PUBBLICO 1MLN-2MLN	103.633.006	17,3%	PTV
PUBBLICO 2MLN-5_MLN	71.603.109	12,0%	TREVISIO, PERUGIA
PUBBLICO >5_MLN	38.206.754	6,4%	LUM, PIEVE SESTINA, PADOVA
totale	598.795.971	100,0%	

Le tariffe da ultimo individuate derivano, pertanto, dai costi medi ponderati di tutte le strutture pubbliche e private pesati prima all'interno dello "strato" nel quale la singola struttura si posiziona (pesatura intra-strato), e successivamente tra i diversi strati (pesatura inter-strato).

Sono state escluse dal campione le fasce di strutture con meno di 200 mila prestazioni anno, i cui costi rilevati pertanto **non** concorrono alla determinazione della tariffa. Tale scelta trova fondamento nella necessità di tener conto del dettame normativo che prevede di ricalibrare le dimensioni degli enti erogatori a livelli produttivi oltre le 200.000 prestazioni l'anno.

Al fine di disporre di una maggiore quantità di elementi di riflessione, sono stati considerati anche elementi di costo, ovvero di "normalizzazione" dei costi rilevati di natura esterna rispetto ai dati forniti da parte delle strutture: sono stati richiesti i prezzi applicati in fase di gara per le forniture di reagenti e macchinari da parte di una delle principali ditte sul mercato, al fine di ottenere informazioni aggiuntive sui margini esistenti negli approvvigionamenti tra soggetti privati e soggetti pubblici. Tali prezzi sono stati sostituiti nel calcolo dei costi di materiali e macchinari forniti da parte delle strutture pubbliche, in tal modo "normalizzando" il costo pieno per prestazione fornito dalle strutture pubbliche con i prezzi di macchinari e materiali applicati dalla ditta in questione in sede di gara a strutture con volumi annui di prestazioni fino a 600 mila. Il tutto allo scopo di poter confrontare l'ipotesi tariffaria adottata con uno scenario in grado di miscelare alcuni elementi di costo del settore pubblico con elementi di costo del settore privato.

E' stato necessario differenziare la tariffa del prelievo arterioso (cod. 91.48.5) rispetto a quella del prelievo venoso (91.49.2) in quanto, il primo viene solitamente effettuato da personale medico, mentre il secondo tipo di prelievo dal personale infermieristico.

Sulla base dei costi medi rilevati per il prelievo venoso la relativa tariffa è stata fissata a 3,15 euro mentre, al fine di tenere conto della sua maggiore complessità, la tariffa del prelievo arterioso è stata calcolata riproporzionando la tariffa del prelievo venoso al rapporto tra l'attuale tariffa del prelievo arterioso (5,72 euro) e l'attuale tariffa del prelievo venoso (2,58 euro). La tariffa più alta del prelievo arterioso si giustifica

dal fatto che per il prelievo arterioso è richiesto, nella maggior parte dei casi, di un tempo medico piuttosto che infermieristico.

Infine, per verificare la sostenibilità da parte delle strutture erogatrici e che hanno fornito dati di costo, sono state prodotte simulazioni tese a rilevare l'impatto delle nuove tariffe sulle singole strutture facenti parte del campione, valorizzando con la tariffa nazionale proposta i volumi di prestazioni su cui sono stati rilevati i costi nelle medesime strutture. Nello specifico, per le strutture pubbliche è stata osservata una marginalità variabile dal +2% al +26%, mentre per i privati è stato osservato uno scostamento negativo pari al 29%, nel caso di piccoli medi laboratori (con esclusione dell'OPBG). In ogni caso, è opportuno segnalare che la differenza nello scostamento percentuale tra le varie strutture dipende essenzialmente dal numero di prestazioni "coperte" da analisi dei costi e dalla loro tipologia/valorizzazione economica.

3.2 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI GENETICA MEDICA

La rilevazione dei costi condotta dalla Società scientifica di Genetica medica - SIGU ha come riferimento le nuove tecnologie di sequenziamento (NGS) che consentono l'acquisizione di una quantità di dati di sequenze genomiche estremamente maggiore rispetto a quella fornita dalle tecnologie convenzionali, in tempi relativamente rapidi e a costi accessibili; ciò rende possibili nuove applicazioni diagnostiche e garantisce sensibilità, specificità e riduzione dei tempi di risposta.

Il riferimento a tali tecnologie di sequenziamento è comunque coerente con l'obiettivo di riorganizzazione della rete dei laboratori di genetica, che tende alla centralizzazione della parte analitica con l'impiego delle grandi attrezzature su grandi numeri, a garanzia di sicurezza, qualità (calibrazione giornaliera, scadenza dei reattivi/kit, etc.) e continuo aggiornamento tecnologico, con un vantaggioso rapporto costo/beneficio.

L'analisi dei costi condotta dalla SIGU ha interessato laboratori di genetica medica delle regioni Liguria, Lombardia, Toscana, Emilia-Romagna, con il coinvolgimento aggiuntivo di due strutture singole di Lazio e Sardegna. La tariffa proposta è stata calcolata in base alla mediana dei costi rilevati per prestazione negli stessi laboratori, considerando costi dei reattivi, ammortamento strumentazione, tempo uomo per l'esecuzione analitica, analisi, formazione, controlli qualità, consulenze telefoniche, ecc.

3.3 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

La determinazione delle tariffe si è basata sul confronto tra: lo studio dei costi elaborato presso l'ASUR Area Vasta 3 (Macerata) fornito dalla regione Marche (all'interno del quale il costo del personale è stato "normalizzato" con il costo medio del profilo corrispondente risultante dal conto annuale), la proposta tariffaria elaborata dalla regione Marche, lo studio condotto dall'università Luiss inviato dalla società scientifica SIMFER, lo studio dell'università Bocconi condotto presso la regione Veneto, ed il valore centrale della tariffa regionale (media aritmetica di media geometrica, mediana e moda delle tariffe regionali). La tariffa proposta per ogni singola prestazione deriva dal valore benchmark, ovvero dal minor valore rilevato tra quelli disponibili. A seguito della consultazione con la società scientifica SIMFER sono stati apportati alcuni lievi correttivi rispetto ai tempi di esecuzione di alcune prestazioni con conseguente aggiornamento dei costi del personale impegnato.

4. L'ANALISI DELLA VARIABILITÀ DELLE TARIFFE REGIONALI

Per le prestazioni del nuovo nomenclatore per cui manca una rilevazione dei costi è stato necessario partire dal calcolo di un valore di riferimento basato sulle tariffe delle regioni ritenute più rappresentative dal punto di vista dei volumi erogati e dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel NN.

Il procedimento di determinazione della suddetta base dei valori tariffari regionali si è articolato nei seguenti passaggi:

1. Selezione di un sottoinsieme di 9 regioni su cui misurare la distribuzione dei valori tariffari per ogni singolo codice del nuovo nomenclatore nazionale. Le regioni vengono selezionate sulla base della loro dimensione di popolazione o per un avanzato sistema di rilevazione dei costi, ovvero per il grado di assorbimento delle prestazioni ricomprese nel NN.
2. Ad ogni codice di prestazione del NN deve corrispondere un solo valore tariffario regionale. Nel caso di corrispondenza n a 1 (più codici regionali riconducibili ad uno stesso codice nazionale), viene calcolata la tariffa media ponderata secondo la casistica riscontrata nel 2014, come risulta dai dati di TS.
3. Calcolo dei valori degli indicatori statistici centrali, ovvero rappresentativi dell'insieme delle 9 regioni selezionate (cd. "VALORE CENTRALE"). Tale valore centrale viene calcolato come media aritmetica di: media geometrica (in quanto meno influenzata da alti valori), mediana (in quanto indicatore robusto rispetto ad *outlier*), e moda (per evidenziare occorrenze di valori uguali tra regioni).
4. Valutazione della volatilità dei valori tariffari. Viene determinato il coefficiente di variazione ("CV", pari al rapporto tra deviazione standard e media aritmetica). Sulla base dei valori del CV si definiscono due fasce di prestazioni:
 - a. a bassa variabilità, con CV inferiore a 0,2;
 - b. ad alta variabilità, con CV superiore o uguale a 0,2.
5. Per le prestazioni appartenenti alla fascia a. (**bassa variabilità**):
 - se il valore centrale rispetto alle tariffe regionali è compreso tra il valore della tariffa vigente diminuita del 5% ed il valore della tariffa vigente aumentata del 5% allora si applica la tariffa vigente (tariffa DM);
 - Se il valore centrale è maggiore della tariffa vigente aumentata del 5% allora il valore tariffario proposto è pari al valore centrale - 5% della tariffa del DM;
 - Se il valore centrale è minore della tariffa vigente il valore tariffario proposto è pari al valore centrale;
 - Se il valore della tariffa vigente non è presente allora il valore tariffario proposto è pari al valore centrale.
6. Le prestazioni appartenenti alla fascia b. (**alta variabilità**) sono state rivisitate ed analizzate unitariamente allo scopo di individuare ed eliminare eventuali anomalie e diversi contenuti delle prestazioni a livello regionale; a seguito delle verifiche ed affinità delle associazioni è stato, quindi, ricalcolato il valore centrale corretto, utilizzato come base di partenza tariffaria.

4.1 LE VISITE E I CONTROLLI

Per le prime visite si è scelto di utilizzare come proposta tariffaria la tariffa media riscontrata sul complesso dei codici regionali associati, a prescindere dalla tipologia di prima visita effettuata. Unica eccezione è rappresentata dalle visite multidisciplinari, valorizzate con tariffa pari al valore centrale delle tariffe regionali. Per le visite di controllo, la tariffa proposta corrisponde alla media delle tariffe regionali complessivamente

associate a visite di controllo con esclusione di valori outlier (tariffa unitaria inferiore ai 12 euro e tariffa unitaria \geq 50 euro).

4.2 RADIOTERAPIA

La determinazione delle tariffe di radioterapia è scaturita dalla collaborazione con la *Società Scientifica di Radioterapia Oncologica* (AIRO). In sintesi la metodologia è stata così articolata:

- per 20 codici di prestazione (già presenti nel nomenclatore previgente) il valore della tariffa è stato calcolato in funzione del valore tariffario attuale nazionale e del valore centrale dei tariffari regionali (Piemonte, Lombardia, Friuli, Emilia-Romagna, Veneto, Toscana, Umbria), considerando il minor valore tra questi;
- per 18 prestazioni innovative (non presenti nel nomenclatore previgente ma tariffate in alcuni nomenclatori regionali) la tariffa è determinata in due passaggi:
 - Definizione da parte della Società Scientifica di percorsi di trattamento radioterapico "teorici" per tecnologia e tipo di tumore;
 - Associazione ai percorsi di trattamento dei valori centrali regionali delle prestazioni.
- per 3 codici, relativi all'adroterapia, sono state valutate le rilevazioni dei costi presso il centro CNAO di PAVIA (IONI e PROTON) ed il centro di Trento (PROTON) e la tariffa è stata poi determinata sulla base delle tariffe trentine ricondotte alle prestazioni come definite dal nuovo nomenclatore, poiché gli elevati costi registrati per il CNAO di PAVIA sono stati trattati separatamente e considerati non remunerabili con la tariffa; è stata adottata per l'adroterapia una valorizzazione tariffaria a "pacchetto", comprensiva anche delle prestazioni accessorie;
- i restanti 2 codici, relativi a visita e visita di controllo, sono stati trattati con metodologia comune adottata per le visite e i controlli di altre branche.

Al fine di promuovere un utilizzo appropriato delle tecnologie disponibili e di disincentivare eventuali comportamenti opportunistici tendenti a moltiplicare il numero di prestazioni erogate, sono state definite 1 o 2 soglie di quantità, specifiche per tipo prestazione, in riferimento al trattamento (sedute di radioterapia) e alla prestazione "ancillare". In caso di superamento di tali valori soglia vengono applicati abbattimenti tariffari dal 25% fino al 100%.

4.3 TRASFERIMENTI DI SETTING

Il NN include 61 prestazioni (parte delle quali già previste dal Patto della Salute) erogabili da regime di ricovero diurno a regime ambulatoriale; per lo più si tratta di prestazioni appartenenti alla classe FARE II livello "Chirurgia Ambulatoriale". Per tali procedure in un primo momento era stato concordato in seno al gruppo di lavoro di costruire le ipotesi tariffarie sulla base del minor valore tra valore centrale delle tariffe regionali e la tariffa del DRG associabile alle stesse prevista per i ricoveri diurni o ordinari di 0-1g ridotta del 25% (in coerenza con quanto specificato nella relazione tecnica del DPCM LEA). E' stato condotto un lavoro di analisi delle singole prestazioni, ponendole a confronto con tutte le possibili procedure riferibili ai rispettivi DRG, verificando la presenza di una corrispondenza biunivoca tra prestazione del nuovo nomenclatore e DRG (che può includere una molteplicità di procedure eterogenee, anche molto diverse in termini di costo di erogazione). In altri termini, l'analisi incrociata del file SDO tra codice intervento principale in DH e DRG, ha fatto emergere una scarsa incidenza del codice richiamato nel nuovo NN all'interno del DRG associato. In questi casi, scartando la base di riferimento della tariffa DH, si è proceduto a definire le ipotesi tariffarie ricorrendo ad assimilazioni ad altri codici del NN, o ad altri riferimenti (es. valore centrale regionale, tariffe minime Ordine dei Medici, tariffe regionali specifiche). Nel caso della prestazione "LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE", invece, si è scelto di applicare come ipotesi tariffaria la tariffa DRG correlata per i ricoveri diurni e ordinari di 0-1 giorno (ex DM 2012) non decurtata del 25% in ragione del fatto che per tale prestazione risulta

già notevolmente ribassata la tariffa DRG nel passaggio dal tariffario del 1997 a quello del 2012, nonché della considerazione del fatto che già nel 2014 più dell'87% di tali prestazioni risulta effettuata in regime ambulatoriale.

Nel caso delle 5 prestazioni riferibili al DRG 39 "INTERVENTI SUL CRISTALLINO CON O SENZA VITRECTOMIA", non si è fatto riferimento alla tariffa del DRG erogato in regime diurno, poiché non univocamente riconducibile alle singole prestazioni inserite nel NN. Si è quindi provveduto a definire la tariffa, prendendo a riferimento le tariffe delle regioni che non avessero inserito la singola prestazione all'interno di un pacchetto, e sono state fatte singole valutazioni specifiche per tipologia di prestazione (es. costo della lente, della prima visita e della visita di controllo) oppure sono state effettuate le opportune assimilazioni.

Successivamente alle consultazioni avvenute con le società scientifiche a partire dal mese di aprile 2017 è stata apportata qualche modifica su altre prestazioni oggetto di trasferimento di setting in ambito ortopedico, per effetto dei riscontri pervenuti da parte della SICM - Società Italiana di Chirurgia della Mano (vedi par. 6.2 – sezione dettagli).

5. ESITI DELLE CONSULTAZIONI CON LE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

5.1 ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

Le consultazioni delle associazioni di categoria sono avvenute il 31/03/2016 ed il 31/03/2017, e dopo tali incontri illustrativi delle ipotesi tariffarie per le prestazioni del NN è stato sempre fornito un format da restituire debitamente compilato ad un indirizzo e-mail dedicato, allo scopo di evidenziare le criticità riscontrate. Successivamente all'incontro del 31/03/2017 sono pervenuti riscontri da parte di:

- FEDERANISAP CALABRIA
- FEDERANISAP VENETO
- FEDERANISAP LAZIO
- FEDERANISAP LOMBARDIA
- FEDERANISAP PIEMONTE
- FEDERANISAP SICILIA
- AIOP

Le segnalazioni hanno riguardato quasi prevalentemente il settore di laboratorio, ed in qualche caso alcune prestazioni di diagnostica per immagini, visite/controlli, medicina fisica e riabilitativa. Sono state segnalate errate assimilazioni o incongruenze interne per effetto di presenza, per alcune prestazioni, di metodiche aggiuntive all'interno dello stesso codice prestazione.

Da parte di FEDERLAB, FEDERBIOLOGI, ARIS e ORDINE NAZIONALE DEI BIOLOGI sono pervenute esclusivamente documentazioni generiche e richieste di accesso agli atti, motivate da sostenute criticità quali: mancata applicazione della metodologia tariffaria prevista dalle norme, scarsa rappresentatività del campione di strutture individuato nella prima definizione di ipotesi tariffarie (per via degli elevati volumi di prestazioni annue), mancata rilevazione dei costi all'interno di laboratori privati accreditati, chiusura dei laboratori di più piccole dimensioni e licenziamenti di personale come conseguenza degli abbattimenti tariffari ipotizzati.

5.2 SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Le società scientifiche sono state audite il 20 settembre 2016 ed il 7 aprile 2017. In quest'ultima data, sono state incontrate per la consultazione sulle prime ipotesi tariffarie, come previsto dal decreto istitutivo della Commissione permanente tariffe. Si rinvia ai relativi verbali e presentazioni per la descrizione dei contenuti degli incontri.

La consultazione prevedeva che i riscontri da parte delle società scientifiche avvenissero nelle modalità e nei termini convenuti nel corso del predetto incontro, **entro il 20 aprile 2017** alla casella di posta elettronica dedicata (consultazionetariffe@sanita.it), utilizzando il format allo scopo predisposto e sotto riportato, debitamente diramato a tutte le partecipanti per il tramite della FISM (*Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane*) corredato di eventuale documentazione sui costi a supporto di diverse proposte tariffarie, al fine di raccogliere i diversi contributi richiesti per la predisposizione del provvedimento normativo cui è subordinata l'entrata in vigore delle prestazioni di assistenza specialistica inserite nel nomenclatore dei nuovi livelli essenziali di assistenza, così come previsto dall'articolo 64 del DPCM del 12 gennaio 2017.

Codice nomenclatore vigente	Prestazione (descrizione)	Tariffa nazionale vigente (in euro)	Osservazioni sul valore tariffario	Proposta modifica tariffa:	Documentazione della proposta :
			rispetto ai costi associati alla erogazione della prestazione, il valore tariffario attuale è considerato	indicare la proposta di modifica del valore tariffario	Allegare la/le analisi dei costi a supporto della proposta (cfr. allegato n. ...)
Nota : per ciascuna prestazione specificare se la tariffa è: remunerativa (R), sotto-remunerativa (sotto R), sopra-remunerativa (sopra-R)					

Al fine di agevolare, poi, la fase consultiva, come convenuto nel corso dell'incontro, è stato richiesto alla FISM di raccogliere entro l'**11 aprile 2017**, le eventuali domande di chiarimenti che dovessero essere poste dai diversi rappresentanti delle società scientifiche, con solo riferimento alla metodologia seguita per la definizione delle tariffe. Alcune società scientifiche hanno inviato il format predisposto dalla FISM per la raccolta delle predette richieste di chiarimento. Altre hanno inviato anche richieste di modifica della denominazione della prestazione o sui criteri di attribuzione di alcune prestazioni alle branche, di eliminazione o inserimento di altre prestazioni dal nomenclatore di cui all'allegato 4 del DPCM LEA del 12.1.2017. Queste ultime sono state veicolate alla segreteria della Commissione LEA per un loro esame e, in occasione degli incontri successivi avvenuti con le singole società scientifiche, è stato fatto presente che quest'ultime dovessero essere inviate alla segreteria della Commissione LEA (segreteriacommissionelea@sanita.it). Il format utilizzato per la richiesta di chiarimenti è stato il seguente:

Nome e Cognome del compilatore			
Recapito telefonico			
Società Scientifica			
Indirizzo email			
Delegato dalla Società Scientifica		email della Società Scientifica	
Chiarimento richiesto:			
Area Assistenziale di riferimento			
Eventuale documentazione allegata:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Documento 1 ▪ Documento 2 ▪ Documento 3 		

Sono pervenute osservazioni da parte di n.38 società scientifiche. Tuttavia, solo alcune società scientifiche hanno fornito il supporto richiesto in sede di consultazione del 7 aprile, accompagnando le proprie valutazioni in merito alla remunerabilità delle prestazioni di rispettiva competenza con informazioni sui costi e/o tempi di esecuzione delle prestazioni. In particolare, sono pervenuti i riscontri da parte di:

- **SIDERP** (Dermatologia pediatrica)⁴
- **FISMAD** (Malattie apparato digerente)⁴
- **FISELAB** (Medicina di Laboratorio)
- **SIN** (Nefrologia)⁴
- **SIGLA** (Oculistica-Glaucoma)⁴
- **SICVE e SIAPAV** (Chir. Vascolare e Angiologia)⁴
- **ADOI e SIDEMAST** (Dermatologia)⁴
- **SIRM** (Diagnostica per Immagini)⁴
- **SICM** (Chir. della mano)⁴
- **AIBT** (Laboratorio- Istocompatibilità, Immunogenetica e Biologia dei Trapianti)⁴
- **AIMN** (Medicina Nucleare)⁴
- **AMD** (Diabetologia)⁴
- **ANMCO** (Cardiologia)
- **ARSOP** (Riabilitazione Neurologica)
- **ASSOBIOMEDICA**
- **SIGG** (Geriatrics)
- **GISCI** (Prevenzione, Screening oncologici)
- **SICPRE** (Chir. Plastica e Ricostruttiva)
- **SIMFER e SIRN** (Medicina fisica e riabilitativa)⁴
- **SIR** (Reumatologia)
- **SIU** (Urologia)⁴
- **SIGU** (Genetica)
- **AIOM** (Oncologia Medica)
- **AMCLI** (Laboratorio-Microbiologia)
- **FADOI** (dirigenti ospedalieri internisti)
- **SIMEU** (medicina di urgenza)
- **FIMP** (Federazione Italiana Medici Pediatri)
- **AIUC** (Ulcere Cutanee)
- **FISP** (Psicologia)
- **AOGOI** (Ginecologia)
- **ISSE** (Chirurgia Endoscopica)
- **SIAARTI** (Anestesia e Rianimazione)
- **SIAF** (Audiologia e Foniatria)
- **SISC** (Studio cefalee)
- **SIURO** (Urologia Oncologica)

Altri enti coinvolti nella definizione delle ipotesi tariffarie sono stati il **CNS** (Centro Nazionale Sangue) e il **CNT** (Centro Nazionale Trapianti) che hanno dato un loro contributo rispettivamente su alcune prestazioni di immunoematologia, medicina trasfusionale (laboratorio), e tipizzazione genomica (prestazioni di genetica). Su quest'ultime e sulle altre prestazioni di genetica è stato anche richiesto un contributo al controllo di gestione dell'A.O.U. di Bologna- Policlinico S. Orsola Malpighi, il quale ha convenuto sui costi elaborati dal PTV (per la tipizzazione genomica) e sui costi precedentemente elaborati dalla SIGU (per le prestazioni di genetica).

Le principali osservazioni formulate hanno riguardato:

1. Sovra o Sotto remuneratività delle ipotesi tariffarie per alcune prestazioni;
2. Errori tariffari causati da errate associazioni o assimilazioni di codici di prestazione;
3. Errori tariffari determinati dall'inclusione all'interno di un unico codice NN di 2 prestazioni eterogenee dal punto di vista della tempistica di esecuzione della prestazione e del livello di costi associati (es. polipectomia esofagea e/o mucosetomia);

⁴ Società Scientifiche incontrate anche a posteriori presso il MdS oppure ricontattate telefonicamente e via email

4. Errori tariffari determinati dall'inclusione all'interno di un unico codice NN di prestazioni accessorie "eventuali" (es. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella).

A fronte delle osservazioni formulate, sono state selezionate le società scientifiche che avevano compilato i format forniti in sede di consultazione corredati di elementi informativi utili ad una concreta valutazione della modifica tariffaria. Tali società hanno offerto, altresì, la loro disponibilità a fornire dati di costo sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e/o i tempi di esecuzione della prestazione da parte dei diversi profili sanitari coinvolti nella prestazione. Con le seguenti società scientifiche, pertanto, si sono tenuti specifici incontri presso il Ministero della salute o appositi contatti telefonici e via email:

- **SIDERP** (Dermatologia pediatrica) data incontro: 31 maggio 2017
- **FISMAD-AIGO-SIED** (Malattie apparato digerente) data incontro: 19 maggio 2017
- **SIN** (Nefrologia) data incontro: 23 maggio 2017
- **SIGLA** (Oculistica-Glaucoma) data incontro: 24 maggio 2017
- **SICVE e SIAPAV** (Chir. Vascolare e Angiologia) data incontro: 24 maggio 2017
- **ADOI e SIDEMAST** (Dermatologia) data incontro: 25 maggio 2017
- **SIRM** (Diagnostica per Immagini) date incontri (4): 26 maggio - 30 maggio - 05 giugno - 03 luglio 2017
- **SICM** (Chir. della mano) data incontro: 29 maggio 2017
- **AIBT** (Laboratorio- Istocompatibilità, Immunogenetica e Biologia dei Trapianti) data incontro: 05 giugno 2017
- **AIMN** (Medicina Nucleare) data incontro: 17 maggio 2017
- **AMD** (Diabetologia): contatto telefonico e email del 6 giugno 2017
- **SIMFER e SIRM** (Medicina fisica e riabilitativa) data incontro: 12 maggio 2017
- **SIU** (Urologia) data incontro: 17 maggio 2017
- **SIGU** (Genetica): contatto via email il 22 e 30 giugno 2017

In ogni incontro si è ritenuto di affrontare le singole criticità segnalate attraverso una selezione delle prestazioni ritenute più critiche e maggiormente significative dal punto di vista dei volumi fatturati su Tessera sanitaria. In totale sono state modificate le tariffe per **208** prestazioni (escludendo le prestazioni della branca di Laboratorio).

Nello specifico, con riferimento alle sopra riportate osservazioni formulate si è ritenuto di procedere nel seguente modo:

1. Per alcune prestazioni si è definita una nuova tariffa basata sull'analisi dei dati di costo dei singoli fattori produttivi impiegati per l'erogazione della singola prestazione, rese disponibili dalle competenti società scientifiche. Si è poi proceduto alla normalizzazione dei dati di costo orario del personale sanitario, tecnico, amministrativo impiegato con i dati del conto annuale. Si è poi provveduto ad effettuare un confronto dei dati di costo forniti sui farmaci (es. radiofarmaci) e dispositivi medici con i dati di costo medio rilevato dalla banca dati NSIS (dati sui consumi dei dispositivi medici e sul flusso dei consumi ospedalieri e tracciabilità per i farmaci); laddove possibile e confrontabili i valori forniti dalle società scientifiche sono stati sostituiti con quelli medi rilevati dalla banca dati NSIS. Per altre prestazioni, si è definita una nuova tariffa sulla base del ricalcolo del valore centrale costruito prendendo a riferimento le sole prestazioni regionali assimilate alla prestazione presente nel nuovo nomenclatore (NN) e ritenute pertanto utilizzabili ai fini tariffari.
2. Verifica ed eventuale correzione delle associazioni tra prestazioni regionali e prestazioni del NN che concorrevano alla determinazione della precedente ipotesi tariffaria.
3. Verifica ed eventuale correzioni delle assimilazioni tra prestazioni del nuovo nomenclatore (NN) con altre prestazioni del nuovo nomenclatore (NN) o con prestazioni del nomenclatore vigente (NV).

4. Riformulazione di una nuova ipotesi tariffaria basata su: i) dati di costo resi disponibili dalle società scientifiche e/o ii) sui diversi tempi di esecuzione delle singole prestazioni incluse nell'unico codice e calibrata sulla base della frequenza media di effettuazione delle due differenti procedure dichiarata da parte delle società scientifiche.
5. Nel caso di prestazioni diverse ma ricondotte dal nuovo nomenclatore a uno stesso codice la riformulazione della tariffa è stata calcolata in base alla frequenza di ciascuna rispetto alle altre, ricavabile se possibile dal flusso TS o indicata empiricamente dalla società scientifiche (es. numero complessivo di ecografie e il numero di casi in cui l'ecografia è stata erogata insieme al doppler sullo stesso paziente e nella stessa giornata).

Nel dettaglio:

- per le prestazioni di **Diagnostica per immagini** (società scientifica di riferimento: SIRM) è stato seguito un approccio più specifico con l'obiettivo di garantire una coerenza interna alle categorie della branca che implicano l'utilizzo di strumentazioni e metodologie completamente differenti (Ecografie, Radiografie tradizionali, Risonanze magnetiche, Tomografia computerizzata) mantenendo una corretta proporzione di incremento tariffario per le prestazioni che, all'interno delle singole categorie, implicano l'utilizzo di Mezzo di contrasto (MdC). Tale incremento percentuale resta nella maggior parte dei casi coerente con quello del NV (es. nelle RM senza e con MdC, la tariffa deriva dalla RM del corrispondente distretto senza MdC con l'incremento percentuale definito sulle RM senza e con MdC del NV). Come primo passaggio si è proceduto a **correggere l'assimilazione** della prestazione ai codici regionali ovvero ai codici del NV presi a riferimento, in ragione di requisiti di esecuzione analoghi (tempo sala e tempo medico) della prestazione indicati dalla stessa SIRM. Ovviamente, l'adeguamento tariffario che consegue dalla correzione dell'assimilazione di una prestazione comporta una modifica anche delle tariffe delle prestazioni da questa derivabili (adeguamento conseguente all'aggiornamento della tariffa madre). Per i tempi di esecuzione della prestazione che hanno portato ad un adeguamento tariffario, si è preso a riferimento il documento della SIRM sull'appropriatezza prestazionale. Rispetto al **Mezzo di contrasto (MdC)** si è lavorato per mantenere una corretta proporzione di incremento tariffario per le prestazioni che ne prevedono l'utilizzo rispetto alle relative prestazioni di base; tale incremento percentuale per le **RM** resta coerente con il NV (es. nelle RM senza e con MdC, la tariffa deriva dalla RM del corrispondente distretto senza MdC con l'incremento percentuale definito sulle RM senza e con MdC del NV); in altri casi tale obiettivo è stato raggiunto attraverso la corretta assimilazione alla prestazione che già lo prevedeva o nel NV o nei nomenclatori regionali presi a riferimento (ad es. per la "TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MdC "studio selettivo" si è ricorso all'assimilazione al codice del NN relativo alla "TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MdC" come riscontrato all'interno del tariffario regionale della Regione Lombardia). Nel caso della ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella, la nuova tariffa deriva dal valore medio ponderato delle tariffe di TOSCANA e FRIULI VENEZIA GIULIA che comprendono già l'ecocolordoppler. Nel caso di prestazioni che devono essere eseguite su più distretti, si è individuata una proxy per correggere proporzionalmente la prestazione, non potendosi applicare la somma esatta delle singole prestazioni sui singoli distretti (es. 3 distretti - cervicale, toracica e lombosacrale – nella RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MdC), mentre nelle TC è stata applicata una riduzione del 5% o del 10% coerente con la riduzione del campo di esplorazione rispetto al NV (es. TC DELLA GAMBA era TC di gamba e ginocchio). Ovviamente, tale riduzione percentuale non è stata applicata nei casi in cui il campo di esplorazione è rimasto uguale (es. TC DEL POLSO e TC DELLA MANO). In fase di consultazione con la SIRM sono state verificate le ipotesi tariffarie di **268** prestazioni (su un totale di 383 prestazioni previste nel NN riferite alla diagnostica per immagini); le tariffe modificate rispetto all'ipotesi tariffaria originaria (del 03 04 2017) sono **88**. Successivamente alla consultazione con la SIRM, il Ministero della salute ha ritenuto di correggere le ipotesi tariffarie

di 56 prestazioni su 88 concordate con la SIRM, nelle more di completare la rilevazione dei costi di cui alla fase B, vedi *infra*).

- Per le prestazioni di **Biologia e Immunologia dei trapianti** (società scientifica di riferimento: AIBT), è stata rivalutata l'ipotesi tariffaria di alcune prestazioni non coperte da analisi dei costi presso le strutture campione utilizzate per la branca di Laboratorio; in tali casi le ipotesi tariffarie derivano dall'analisi dei costi fornita da parte della Società Scientifica. E' stato possibile ricorrere alla rilevazione dei costi fornita da AIBT anche per le prestazioni di **Tipizzazione genomica**, per le quali è stata anche esplorata la possibilità di applicare la tariffa dell'accordo di mobilità interregionale 2014-2016 per "ESTRAZIONE ACIDI NUCLEICI E TIPIZZAZIONE HLA-A,B,C E DRB1 (CON METODICHE DI SEQUENZIAMENTO DI NUOVA GENERAZIONE (ALTA RISOLUZIONE) che associa i codici 90.78.A, 90.78.B, 90.79.A, 90.81.A (come in prima battuta segnalato da parte del CNT) fissata in 150,40 euro (divisa per 4). Detta tariffa, tuttavia, non è stata più presa a riferimento per effetto di alcuni approfondimenti che hanno evidenziato trattarsi di una tariffa convenzionale che non considera i costi dei fattori produttivi impiegati per erogare la prestazione.
- Con le società scientifiche SIDEMAST, ADOI e SIDERP sono state valutate le prestazioni afferenti alla branca di **Dermatologia, Chirurgia plastica e "Altre"**. Per le **Medicazioni**, sono state sostanzialmente confermate le ipotesi tariffarie del Ministero della salute, derivate dall'analisi della variabilità regionale, in considerazione del fatto che le Regioni che hanno introdotto le nuove medicazioni nei propri nomenclatori hanno adottato la stessa definizione del NN. Sono state, invece, ridefinite le tariffe di alcune prestazioni chirurgiche sulla base delle informazioni circa l'impiego dei fattori produttivi (personale per categoria professionale con costo normalizzato in base ai dati del conto annuale, macchinari, dispositivi) fornite da parte delle società scientifiche (es: per le prestazioni "BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO", "BIOPSIA DEL PENE").
- Per le prestazioni di **Oculistica riferite al Glaucoma** (società scientifica di riferimento: SIGLA) sono state confermate per lo più le ipotesi tariffarie del MdS, in attesa di un'analisi puntuale dei costi da avviare nella fase B, vedi *infra*) della definizione delle tariffe. Tuttavia, si è provveduto a correggere alcune assimilazioni di prestazioni chirurgiche in considerazione delle analogie in termini di esecuzione e consumo di fattori produttivi (tempo medico, utilizzo di apparecchiature e materiali – sonde monouso).
- Sulla branca di **Nefrologia** (società scientifica di riferimento: SIN) sono state riviste alcune ipotesi tariffarie prendendo in considerazione assimilazioni tra prestazioni del NN, sulla base delle analogie in termini di esecuzione e consumo di fattori produttivi (tempo medico, utilizzo di apparecchiature e materiali). Alcune prestazioni sono state tariffate sulla base dei costi forniti da parte della società scientifica, ed il costo dei cateteri per DIALISI PERITONEALE è stato ricavato dal flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici.
- In merito alle prestazioni ricollegabili alle **malattie dell'apparato digerente** (società scientifica di riferimento: FISMAD, AIGO-SIED) si è proceduto nell'aggiornamento delle tariffe relative a "ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]" ed a "COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE" basandosi sull'analisi dei costi fornita da parte della società scientifica rettificata per la parte relativa al calcolo dei costi di ammortamenti e manutenzioni. Alcune tariffe sono state rideterminate sulla base di nuove assimilazioni tra codici del NN, mentre per altre prestazioni l'ipotesi tariffaria è stata modificata tenendo in considerazione la frequenza media di effettuazione delle diverse procedure previste all'interno di un medesimo codice.
- Per le prestazioni di **medicina nucleare** (società scientifica di riferimento: AIMN) è stato possibile disporre dei dati di costo forniti dalla società scientifica; sono stati verificati i costi dei Radiofarmaci all'interno dei flussi NSIS disponibili presso il MdS e del personale (i cui costi sono stati normalizzati con quelli estratti dal Conto Annuale). Alcune modifiche tariffarie derivano dall'aggiornamento tariffario effettuato sulle prestazioni "madre".
- Sulle prestazioni della branca di **endocrinologia** di interesse della società scientifica AMD sono state apportate alcune correzioni tariffarie sulla base di analisi dei costi dei fattori produttivi impiegati resi disponibili dalla società scientifica. In particolare, per la prestazione

“MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO)” si è provveduto a verificare sui flussi NSIS il costo del dispositivo utilizzato tramite la classificazione CND fornita dalla società scientifica.

- Per le prestazioni della branca di **Ortopedia, Chir. Plastica e Chir. Gen.** di interesse della società scientifica SICM (Chirurgia della mano) sono state aggiornate alcune tariffe sulla base delle indicazioni fornite da parte della società scientifica circa l'impegno delle figure professionali coinvolte ed il materiale di sintesi utilizzato, correggendo la proporzione tariffaria tra le prestazioni di ARTRODESI e ARTROPLASTICA. Inoltre, per alcune prestazioni sono state corrette le assimilazioni a codici del NN o del NV precedentemente utilizzate come base tariffaria.
- Per alcune prestazioni della branca di **Chir. Vascolare** (società scientifica di riferimento: SICVE) sono state apportate modifiche tariffarie sulla base di analisi dei costi dei fattori produttivi impiegati resi disponibili dalla società scientifica (i costi del personale e dei dispositivi impiegati sono stati sempre “normalizzati” in base ai dati da Conto Annuale e verificati dai flussi NSIS disponibili).
- Per la branca di **Medicina Fisica e riabilitazione** (società scientifica di riferimento: SIMFER) le proposte tariffarie del MdS sono state riviste in funzione di elementi forniti dalla Società scientifica in merito ad alcuni fattori produttivi impiegati (tempo medico e fisioterapista, utilizzo di strumentazioni per l'esecuzione della prestazione). Per le prestazioni di RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO, al maggiore impegno medico per le sedute collettive è stata applicata una correzione in relazione al numero medio dei pazienti trattati nel corso della stessa seduta;
- Per le prestazioni di **Genetica** (società scientifica di riferimento: SIGU) le proposte tariffarie non hanno potuto tenere conto delle indicazioni pervenute da parte della società scientifica in seconda battuta, dal momento che gli aumenti tariffari proposti includevano margini di profitto necessari alla copertura dei costi relativi agli investimenti in tecnologia e formazione che, come noto, non sono consentiti dalla normativa vigente.

La messa a disposizione dei dati di costo da parte delle società scientifiche ha così permesso di utilizzare il criterio di cui alla lettera b) del comma 5 dell'art.8-sexies del decreto leg.vo 502/92 e s.m.i. per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni rientranti nelle branche specialistiche analizzate con il loro supporto.

6. LO SVILUPPO DI UN SISTEMA DI RILEVAZIONE SISTEMATICA E PERMANENTE DEI COSTI DELLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE (FASE B)

Parallelamente alle attività di analisi dei costi e della variabilità dei tariffari per la definizione delle tariffe massime nazionali per consentire l'entrata in vigore del DPCM LEA (fase A), la Commissione permanente tariffe sta sviluppando una metodologia per la rilevazione sistematica e permanente dei costi di tutte le prestazioni e la relativa sperimentazione in un campione di strutture-pilota (fase B).

7. PROTESICA

7.1 INTRODUZIONE

Ad oggi nel Servizio Sanitario Nazionale italiano sono in vigore le tariffe agganciate al Nomenclatore emanato con il DM 332/99: queste sono state definite attraverso una rilevazione dei costi condotta nel 1995 dalla Federazione Italiana tra Operatori nella Tecnica Ortopedica – FIOTO, dalle allora Officine Rizzoli SpA e dal Centro Protesi di Vigorso di Budrio dell'INAIL. Queste stesse tariffe sono poi state oggetto di un incremento lineare del 9%, deliberato con la Legge 244/07 (Legge Finanziaria per il 2008), all'articolo 2, comma 380. Successivamente a questo intervento, il Ministero della Salute, consapevole della necessità di aggiornare le tariffe facendo riferimento a una nuova rilevazione dei costi basata su una metodologia condivisa, ha finanziato il Progetto ImEcAP - Impatto Economico dell'Assistenza Protesica alla luce del nuovo nomenclatore (15/02/2007 - 15/04/2011). Nel corso del progetto è stata approntata una metodologia basata sui principi del microcosting con l'obiettivo finale di coinvolgere un vasto numero di produttori, automatizzando il più possibile il processo di rilevazione e assicurandosi dei momenti di controllo della qualità dell'attività svolta. È stata tuttavia realizzata solo la fase pilota poiché le associazioni di categoria dei produttori non hanno, allora, assecondato la metodologia proposta.

Una spiegazione degli eventi sopra descritti deriva dalle caratteristiche specifiche di questo settore che devono essere prese in attenta considerazione. In particolare, la ricerca ImEcAP nel 2010 descriveva il settore dei prodotti su misura come composto da circa 800 aziende/officine ortopediche, in gran parte di piccola/media dimensione principalmente a conduzione familiare, che realizzavano un fatturato complessivo di circa 250 milioni di euro, con una media di addetti per azienda che variava da un minimo di 5 per le realtà più piccole a un massimo di 15/20 per le realtà di maggiori dimensioni.

Da un'ulteriore indagine svolta nel 2016 sul database AIDA (Analisi Informatizzata Delle Aziende italiane) aggiornato al 22 settembre 2016, utilizzando il codice ATECO 2002 "33104 - Fabbricazione di protesi ortopediche, altre protesi ed ausili (compresa riparazione)", sono emersi i seguenti risultati. Sono state estratte 350 imprese in base al codice ATECO con 3.999 dipendenti: in particolare, il 64% è risultato avere meno di dieci dipendenti, tuttavia rispetto al 2010 si sono nel frattempo costituite quattro aziende con più di 100 dipendenti, conseguenza di processi di acquisizione e concentrazione. Per quanto riguarda l'attività produttiva, il valore registrato in AIDA nel 2016 è stato pari a circa 611,5 milioni di euro per un utile di quasi 10 milioni di euro.

Si tratta, quindi, di un settore dove non si hanno operatori appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ma solo di origine privata commerciale. L'eccezione è in qualche modo rappresentata dal Centro Protesi di Vigorso di Budrio (BO) dell'INAIL che fornisce per il 70% protesi ortopediche ai propri assistiti e per circa il 30% a cittadini inviati dal SSN, concentrando la sua attività soprattutto nell'ambito delle protesi degli arti inferiori e superiori. Il resto del settore è quindi composto principalmente da piccole aziende che, in genere, hanno anche una componente di mera commercializzazione dei prodotti, rendendo più complessa l'attività di rilevazione dei costi della sola attività produttiva.

Altro aspetto che rende complessa l'analisi del settore è la varietà dei prodotti inclusi nel nomenclatore per tipologia, finalità e modalità di produzione. Ad esempio, pur trattandosi di prodotti su misura, ve ne sono

alcuni che richiedono effettivamente la costruzione artigianale di una o più componenti, mentre ve ne sono altri che implicano sostanzialmente un assemblaggio di parti acquistate da grandi imprese multinazionali che impongono i propri prezzi. In una prospettiva futura, è poi da tenere in considerazione come la diffusione sempre maggiore di nuove tecnologie, quali le stampanti 3D, potrebbe avere un impatto sulle modalità e i costi di produzione in questo settore.

In conclusione, quindi, per individuare la tariffa di dispositivi su misura che, in quanto tali, richiedono la personalizzazione della prestazione, non esistendo né un listino prezzi di riferimento, né riferimenti ad altri tariffari in ambito internazionale, è necessario quantificare il valore finale, rappresentato oltre che dal valore dei singoli componenti utilizzati nel dispositivo anche dal tempo dedicato dal singolo operatore. Ciò comporta la necessità di avviare un'apposita rilevazione dei costi in un settore in cui operano per lo più operatori privati, connotati da una componente principale di mera commercializzazione dei prodotti che rende più complessa l'attività di rilevazione dei costi della sola attività produttiva.

7.2 LA DEFINIZIONE DELL'AMBITO DI INTERVENTO: DAL NOMENCLATORE - DM 332/99 ALL'ATTUALE NOMENCLATORE - DPCM LEA 2017

Il Nomenclatore approvato con il DM n. 332 del 1999 include nell'Elenco 1 sia dispositivi su misura sia quelli in serie predisposti e per entrambi sono previste le tariffe per la remunerazione dei fornitori. In particolare, i primi sono definiti come “[...] quelli costruiti singolarmente sulla base della prescrizione medica per essere applicati ed utilizzati solo da un determinato paziente, secondo metodi che prevedono sempre la rilevazione di grafici, misure e/o calchi anche quando nella lavorazione sono utilizzate parti o componenti di serie.”. I secondi, invece, sono “[...] quelli con caratteristiche polifunzionali costruiti con metodi di fabbricazione continua o in serie, che comunque necessitano di essere individuati e personalizzati tramite modifiche, successivamente adattati secondo la prescrizione del medico, per soddisfare una esigenza specifica del paziente cui sono destinati.”

Il nuovo Nomenclatore approvato nell'ambito del DPCM LEA 2017 modifica tale approccio stabilendo che si definiscono "su misura" i dispositivi fabbricati appositamente in base alla prescrizione redatta da un medico specialista. I dispositivi fabbricati con metodi di fabbricazione continua o in serie che devono essere successivamente adattati, per soddisfare una specifica esigenza dell'assistito mediante una necessaria personalizzazione attestata dal medico, non sono considerati "su misura" (art. 1, comma 2, lett. d) D.lgs. 24 febbraio 1997, n. 46). In base a tale inquadramento, si è stabilito di trasferire alcuni dispositivi in serie inclusi e descritti nell'Elenco 1 del precedente Nomenclatore nell'attuale Elenco 2a dell'Allegato 5 denominato "Ausili di serie che richiedono la messa in opera da parte del tecnico abilitato".

Da un punto di vista sistematico, si segnala che il Regolamento UE 2017/745 ha ribadito la definizione di dispositivo su misura riferendosi a qualsiasi dispositivo fabbricato appositamente sulla base di una prescrizione scritta di qualsiasi persona autorizzata dal diritto nazionale in virtù della sua qualifica professionale, che indichi, sotto la responsabilità di tale persona, le caratteristiche specifiche di progettazione, e che è destinato a essere utilizzato solo per un determinato paziente esclusivamente al fine di rispondere alle sue condizioni ed esigenze individuali. I dispositivi fabbricati in serie, invece, devono essere adattati per soddisfare le esigenze specifiche di un utilizzatore professionale e i dispositivi che sono fabbricati in serie mediante processi di fabbricazione industriale conformemente alle prescrizioni scritte di qualsiasi persona autorizzata non sono tuttavia considerati dispositivi su misura.

Il sottogruppo dell'assistenza protesica, in seno alla Commissione permanente tariffe, ha svolto il compito di analizzare i costi e di pervenire ad una proposta tariffaria, relativamente ai dispositivi "su misura", di cui all'allegato 5, elenco 1, del DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, mentre per i dispositivi rientranti negli altri elenchi, 2A e 2B, contenenti gli ausili di serie e gli ausili di serie pronti per l'uso, si è fatto rinvio alle procedure di evidenza pubblica.

Prima di entrare nel merito della costruzione delle tariffe per le singole classi di dispositivi, si segnalano due ulteriori e importanti specificazioni.

In primo luogo, si vuol sottolineare il nuovo approccio utilizzato nella descrizione dei prodotti inseriti nel Nomenclatore. In particolare, rispetto al Nomenclatore DM 332/99, è stata aggiornata e maggiormente articolata la descrizione delle componenti principali che costituiscono un prodotto. In tal modo è stato reso possibile specificare e dettagliare i materiali e le caratteristiche degli aggiuntivi da utilizzare per garantire un prodotto di buona qualità e una tariffa congrua con il valore dei materiali utilizzati. Negli ultimi anni, infatti, si è ampliata notevolmente la gamma di materiali tecnologicamente avanzati, utilizzabili per la costruzione, in particolare, delle protesi ortopediche.

In secondo luogo, è necessario considerare le tre «macro-categorie» che compongono il Nomenclatore ossia i dispositivi-base, gli aggiuntivi (componenti per la modifica/integrazione funzionale della configurazione standard) e le riparazioni (parimenti prescritte dagli specialisti con un prodotto).

Con specifico riferimento ai *prodotti*, è da sottolineare che è stato introdotto un numero esiguo di dispositivi totalmente nuovi (ad esempio alcune ortesi degli arti inferiori o la classe di ausili per la terapia circolatoria), mentre la maggior parte delle innovazioni inserite riguarda le componenti realizzate con «nuovi» materiali (intesi come non previsti dal Nomenclatore DM 332/99).

L'evoluzione appena descritta è stata realizzata nell'ambito di un processo più ampio di revisione del Nomenclatore che ha toccato evidentemente anche gli *aggiuntivi*. Infatti, con l'obiettivo di migliorare la qualità e l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi, sono state inserite descrizioni del prodotto che includono un elenco dettagliato e relative caratteristiche delle componenti aggiuntive della protesi, supportando così il prescrittore e limitando i margini discrezionali del produttore nella costruzione della protesi. Pertanto nella determinazione delle tariffe del nuovo Nomenclatore si è tenuto conto anche di questa evoluzione.

Le *riparazioni*, circa la metà delle voci del Nomenclatore, sono state identificate come un elemento che richiede particolare attenzione. È opinione diffusa, infatti, che l'utilizzo di tecniche all'avanguardia e di materiali più resistenti e leggeri, che si stanno sempre più diffondendo nella costruzione dei dispositivi, comporteranno un sempre minore ricorso a interventi di riparazione. Tale constatazione suggerisce una revisione di questa ampia categoria del Nomenclatore, ridisegnanandone contenuti e confini.

La revisione dell'Elenco 1 relativo ai dispositivi "su misura" operata dal DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA, ha portato il numero dei dispositivi in esso contenuto da 1.315 a 1.063 e ha comportato una diminuzione sensibile del numero di prodotti (200) e più contenuta di aggiuntivi (314) e riparazioni (549).

Tabella 1. Distribuzione dei 1063 codici dell'Elenco 1 dispositivi "su misura" dell'Allegato 5 del DPCM LEA per classi di codifica e tipologia

Classe 2° livello	Classe	Aggiuntivi	Prodotto	Riparazioni	Totale
06.03	Ortesi spinali	39	39	87	165
06.06	Ortesi arto superiore	13	15	25	53
06.12	Ortesi arto inferiore	52	42	68	162
06.18	Protesi arto superiore	14	39	160	213
06.24	Protesi arto inferiore	52	55	179	286
06.33	Calzature	17	25	6	48
Sub totale		187	215	525	927
04.06	Ausili per terapie individuali	0	6	0	6
06.30	Protesi oculari	5	9	4	18
12.27	Ausili per la mobilità personale	8	2	0	10
18.09	Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	0	6	3	9

22.03	Ausili ottici	0	76	17	98
Totale		200	314	549	1.063

7.3 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI

Nel processo di determinazione delle tariffe da proporre per il nuovo Nomenclatore DPCM LEA 2017, si è fatto riferimento al dettato del comma 5 dell'articolo 8 *sexies* e successive modifiche del D.Lgs 502/1992: «Il Ministero della Salute [...] determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome». In seno al sottogruppo dell'assistenza protesica, nell'ambito della Commissione permanente tariffe, si è appurata l'assenza di eventuali rilevazioni ad hoc dei costi di produzione a livello regionale così come di tariffe regionali alternative o modificate rispetto a quelle nazionali, a seguito delle richieste effettuate a tutte le regioni con le note del Ministero della salute – DGPROGS prot. n.14147 dell'11 maggio 2015, prot. 17775 del 17 giugno 2015 e prot.n. 17780 del 17 giugno 2015, che non hanno avuto riscontro. Sempre il sottogruppo dell'assistenza protesica ha, poi, condiviso nel corso della riunione del 12 febbraio 2016 la necessità di acquisire dalle singole regioni le informazioni sui volumi (in termini di quantità) di ciascuna prestazione (o almeno di ciascuna tipologia di prestazioni, con il maggior livello di disaggregazione disponibile) prevista nell'elenco 1 del nomenclatore di cui al dm 332/99). Tale richiesta è stata ritenuta utile al fine di conoscere la distribuzione, a livello regionale, di ciascun dispositivo (o tipologia) cui associare le valorizzazioni tariffarie previste dal predetto dm 332/99, incrementate del 9% ai sensi dell'art.1, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n.244 (legge finanziaria 2008). A fronte di tale decisione, è stata inoltrata la mail in data 19 febbraio 2016 a tutte le regioni, a seguito della quale solo 10 regioni e 1 Provincia autonoma hanno inviato i propri dati. Tali dati sono stati, quindi, utilizzati per le valutazioni di impatto delle nuove tariffe.

A fronte di tale scenario, sono state convocate il 12 aprile 2016 le associazioni di categoria più rappresentative del settore (A.N.P.O. e FEDEROTTICA per il settore ottico e FIOTO, ASSORTOPEDIA, ANTOI E CIDOS per il settore ortopedico). In tale sede, a seguito della richiesta sul listino prezzi applicato per le nuove prestazioni (in particolare quelle riferite al settore ottico) e sulla selezione di un numero predefinito di aziende produttrici di piccole/medie/ grandi dimensioni in termini di fatturato per sottoporre alle stesse una rilevazione ad hoc dei costi sottostanti al ciclo di produzione, si è constatata la mancanza dei termini per organizzare una rilevazione a livello nazionale dei costi presso una rete di offerta assai frammentata e polverizzata sul territorio e interamente gestita da produttori privati for profit, stante la necessità nella prima fase (fase A) di individuare le tariffe per consentire l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore di cui al DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA. E' stato, quindi, convenuto con le suddette associazioni di categoria di avere un supporto fattivo nelle due diverse fasi. Per la prima fase (fase A), sono state acquisite informazioni utili a svolgere un primo aggiornamento delle tariffe da agganciare al nuovo Nomenclatore; per la successiva seconda fase (fase B), è stato chiesto loro di collaborare per organizzare una rilevazione dei costi presso i propri associati attraverso una metodologia condivisa, allo scopo di superare i limiti presenti nell'attuale lavoro (vedi *infra*).

Con specifico riferimento alla classe delle protesi per arto inferiore, è stato coinvolto anche il centro di produzione dell'INAIL, unico produttore pubblico presente in Italia, che opera sul mercato anche con finalità di lucro, al quale è stata chiesta una rilevazione dei costi di produzione per i prodotti appartenenti alla suddetta classe e prodotti dallo stesso centro..

Il riscontro positivo da parte delle associazioni di categoria e dell'unico produttore pubblico presente in Italia ha portato quindi a raccogliere informazioni dai seguenti interlocutori:

- La Federazione Italiana tra Operatori nella Tecnica Ortopedica - FIOTO ha fornito l'accesso a una piattaforma in cui per ogni codice del Nuovo Nomenclatore sono state rese disponibili informazioni analitiche circa i costi di produzione raccolti presso 18 aziende di diverse dimensioni e collocazione territoriale. In particolare, per ciascun materiale utilizzato, nella piattaforma è riportato il volume consumato, il prezzo unitario e la quota di costo relativa. Altrettanto è stato fatto rispetto al tempo dedicato per ciascuna fase della lavorazione e alla relativa valorizzazione. Dal documento tecnico relativo alla costruzione della piattaforma resa disponibile da FIOTO, si evince che i dati relativi ai costi diretti dei codici presenti del Nomenclatore DPCM LEA 2017 sono il risultato di una limitata integrazione e di un aggiornamento al 2015 dei costi rilevati nel 1995 e pubblicati nel 1997 in occasione della stesura del precedente Nomenclatore 332/99 (vedi l'Introduzione). Per i nuovi codici presenti nel nuovo Nomenclatore, dove si ha la ricomposizione di un prodotto già esistente con materiali diversi da quanto previsto nel precedente Nomenclatore, è da supporre che sia stata svolta una ricombinazione dei singoli fattori produttivi in termini di materiali e tempi di lavorazione, utilizzando le informazioni già disponibili. Non sono, invece, disponibili i dati di costo relativi ai prodotti totalmente nuovi inseriti nel Nuovo Nomenclatore.

Si tratta, quindi, di una fonte informativa estremamente rilevante in quanto consente di accedere alla fonte primaria delle vigenti tariffe e di disporre di un aggiornamento. Richiede, tuttavia, di essere utilizzata in modo mirato in base a quanto emerge dal documento tecnico, fornito dalla stessa FIOTO, sulla metodologia utilizzata per costruire la piattaforma. In particolare, i costi diretti forniti sono il risultato di una rilevazione sul campo i cui valori sono stati aggiornati e in parte integrati, e risultano, inoltre, essere coerenti con i dati forniti da INAIL (vedi sotto). Più complessa appare, invece, essere la modalità di stima dei costi indiretti forniti. Per quanto concerne i costi indiretti "direttizzati", questi sono ottenuti applicando un coefficiente fisso (33%) al valore dei costi diretti per tutte le diverse categorie di prodotti caratterizzati da processi produttivi molto diversi tra loro. Relativamente alla quota di costi indiretti "non direttizzabili" proposta (57%), questa non sembra essere riconducibile a una rilevazione specifica.

Nell'ambito dell'analisi della metodologia di rilevazione dei costi, come descritta sulla piattaforma messa a disposizione da FIOTO, è emerso il limite principale di individuare i costi indiretti esclusivamente in una logica per natura senza considerare la destinazione dei costi, cioè le attività aziendali effettivamente collegate alle singole tipologie di prestazioni. Ciò si riflette nell'identificazione di coefficienti indistinti di ribaltamento dei costi indiretti, calcolati sulla base dell'incidenza aziendale dei costi indiretti sui costi diretti. In questo modo a ogni prestazione si attribuisce una quota di costi indiretti sempre proporzionale alla totalità dei costi diretti e che percentualmente è sempre identica (90% del costo diretto), a prescindere dal processo con cui le prestazioni di protesica sono effettivamente erogate. La quantificazione dei costi indiretti sarebbe dovuta avvenire attraverso l'identificazione di opportuni specifici driver (attrezzature, costo degli spazi, utenze) applicati alle singole prestazioni, abbandonando così il ricorso a coefficienti indistinti di ricarico della totalità dei costi indiretti sul valore dei costi diretti. Tutto ciò ha suggerito, nelle more della rilevazione da effettuarsi nella fase B, di non utilizzare il ricarico del 90% del costo diretto proposto, ma di fare riferimento a quanto si indica in genere per le piccole realtà produttive industriali ossia una quota del 10% che è stato aggiunto al costo diretto rilevato.

- Il Centro Protesi Vigorso di Budrio – INAIL ha fornito tre tipologie di informazioni: (i) una rilevazione analitica dei costi diretti per un gruppo di nuove protesi ortopediche degli arti inferiori; (ii) una stima della tariffa inclusiva delle diverse tipologie di aggiuntivi specificati direttamente nella descrizione del prodotto, rendendolo di fatto nuovo rispetto a quanto presente nel precedente Nomenclatore; (iii) i prezzi di alcuni prodotti e aggiuntivi in base ai quali sono state stimate anche le riparazioni.

- L'Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi – FEDEROTTICA, che raccoglie distributori di prodotti ottici, ha fornito i listini prezzi di acquisto presso produttori italiani e stranieri. Ha inoltre proposto degli studi di settore con cui si intendeva fornire indicazioni circa i costi indiretti e generali: tali informazioni non sono state, tuttavia, valutate utilizzabili allo scopo di costruire le tariffe del SSN, dal momento che la documentazione inviata contenente i costi di acquisto dei materiali/merci non ha fornito indicazioni circa i tempi accessori per l'assemblaggio delle componenti del singolo prodotto, rendendo di fatto impossibile stimare i costi del lavoro, così come applicare una percentuale dei costi indiretti e generali.

- L'Associazione Nazionale Protesisti Oculari – ANPO ha fornito la stima dei costi medi di produzione di alcune protesi inserite nel nomenclatore e indicazioni generali sulla propria attività produttiva.

Il metodo seguito, in questa prima fase di aggiornamento tariffario del nomenclatore dell'assistenza protesica di cui all'allegato 5, elenco 1 (su misura) del DPCM 12 gennaio 2017, si è basato sulle lettere b) e c) del comma 5 dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 502/92 e s.m.i. laddove sono state utilizzate le informazioni sui costi e sulle tariffe rese disponibili dalle associazioni di categoria coinvolte e dall'operatore pubblico interpellato. È stato scelto di utilizzare una configurazione di costo comprensiva della componente attribuibile attraverso semplici combinazioni di quantità fisiche e dei prezzi-costo unitari (costi diretti) rese disponibili e di soprassedere in via temporanea sulle indicazioni relative ai costi indiretti e generali. Quest'ultimo, come detto sopra, è un aspetto che richiede approfondimenti e una rilevazione puntuale, in un settore caratterizzato da una profonda frammentazione ed eterogeneità di operatori. Alla luce di tutto ciò, si è ritenuto opportuno in questa fase limitarsi ad attribuire una quota del 10% dei costi diretti come primo coefficiente di ricarico dei costi indiretti per il calcolo della tariffa di quei prodotti per cui si disponeva di una rilevazione analitica degli stessi costi diretti.

Tutto ciò ha consentito di disporre di informazioni da parte delle associazioni di categoria, utili alla stima del valore di 337 codici e dall'INAIL per 72 codici (vedi Tabella 2). Incrociando queste informazioni con le tariffe, si è riscontrato che per 307 codici si disponeva sia delle tariffe sia dei costi forniti dal comparto, mentre per 32 codici le indicazioni disponibili erano riconducibili non solo alle tariffe e al comparto, ma anche all'INAIL.

Tabella 2. Distribuzione del numero di prodotti, aggiuntivi e riparazioni in ogni classe in base alle informazioni disponibili per la costruzione della tariffa

Classe	Tariffa vigente	Associazioni di categoria	INAIL
Ortesi spinali	159	39	
Ortesi per arto superiore	53	13	
Ortesi per arto inferiore	150	38	
Protesi di arto superiore	212	34	
Protesi di arto inferiore	223	115	72
Calzature ortopediche	45	13	
Ausili per terapie individuali	0	0	
Protesi oculari	10	2	
Ausili ottici	90	75	

Ausili per la mobilità personale	7	2	
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	6	6	
Totale	955	337	72

Tabella 3. Distribuzione del numero di prodotti, aggiuntivi e riparazioni in ogni classe riconducibili alle tariffe vigenti in base alle informazioni disponibili per la costruzione della tariffa

Classe	Tariffa vigente + Associazioni di categoria	Tariffa vigente + Associazioni di categoria + INAIL
Ortesi spinali	35	
Ortesi per arto superiore	13	
Ortesi per arto inferiore	35	
Protesi di arto superiore	34	
Protesi di arto inferiore	101	32
Calzature ortopediche	13	
Ausili per terapie individuali	0	
Protesi oculari	0	
Ausili ottici	68	
Ausili per la mobilità personale	2	
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	6	
Totale	307	32

Seppur disponendo di questi importanti contributi, circa metà dei codici sono quindi privi di una stima di costo su cui basare la costruzione di una nuova tariffa. Tale situazione rende manifesta la già sottolineata urgenza di realizzare una specifica rilevazione dei costi presso gli erogatori.

In sintesi, una volta considerata la disponibilità di valori provenienti dalle associazioni di categoria e dall'INAIL o ancora dal precedente tariffario, sono rimasti 44 codici tra prodotti, aggiuntivi e riparazioni per cui è stato necessario ricorrere a esperti o a specifiche indagini di mercato per proporre una tariffazione (vedi sotto).

Di seguito, infine, si riporta una tabella di sintesi della distribuzione delle fonti informative rese disponibili dal comparto, dall'INAIL e dagli esperti del Ministero della Salute.

Tabella 4. Schema riepilogativo nell'ambito della costruzione delle tariffe

Classe	Solo Tariffa vigente	Solo Associazioni di categoria (prevalentemente dati di costo)	Solo INAIL (dati di costo)	Tariffa vigente + Associazioni di categoria (prevalentemente dati di costo)	Tariffa vigente + Associazioni di categoria + INAIL	Esperti	Totale
Ortesi spinali	124	4		35		2	165
Ortesi per arto superiore	39			13		1	53
Ortesi per arto inferiore	116	2		35		9	162
Protesi di arto superiore	179			34			213
Protesi di arto inferiore	86	12	40	101	32	15	286
Calzature ortopediche	32			13		3	48
Ausili per terapie individuali						6	6
Protesi oculari*	12					1	13
Ausili ottici*	24	5		68		1	98
Ausili per la mobilità personale	3	2		2		3	10
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti				6		3	9
Totale	615	25	40	307	32	44	1063

Nota: * la discrepanza nel totale di riga rispetto alla Tabella 1 è dovuta a una errata imputazione di alcune prestazioni nella prima fase qui esaminata.

Per i codici per i quali non è stato possibile disporre dei dati di costo e delle informazioni da parte delle associazioni, sono state considerate le tariffe del DM 332/99 che, come noto, sono state oggetto di un incremento lineare del 9%, deliberato con la Legge 244/07 (Legge Finanziaria per il 2008), all'articolo 2, comma 380, in quanto ritenute punto di riferimento, ancorché transitorio nelle more di realizzare a breve una rilevazione dei costi presso gli erogatori, ove non siano ancora disponibili fonti informative alternative. Infine, al netto delle informazioni raccolte come appena descritto, vi sono 44 codici per l'analisi dei quali sono stati contattati esperti in specifiche aree di assistenza che hanno fornito indicazioni relativamente ai prezzi / costi di questi dispositivi.

7.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE

Data la disponibilità di informazioni appena descritta, è stata messa a punto la seguente metodologia, per determinare una proposta di tariffe, composta da diverse fasi.

Si è innanzi tutto intervenuti sui 337 codici per cui si aveva almeno una rilevazione di costo resa disponibile dalle associazioni di categoria e/o dal Centro dell'Inail.

In particolare, come già sopra menzionato, è stata verificata la carenza di robustezza delle indicazioni relative ai costi indiretti e generali fornite da alcune delle associazioni di categoria e si è, pertanto, deciso di soprassedere in attesa di poter organizzare una rilevazione sul campo anche di queste voci di costo. Nelle more di tale iniziativa, si è pertanto deciso di attribuire a questa voce del costo pieno il valore del 10% dei costi diretti rilevati e forniti: si tratta certamente di una quota percentuale piuttosto contenuta, ma utilizzata in ambito industriale. Un secondo aspetto critico che si è ritenuto opportuno verificare è stato il costo del lavoro: in particolare, si è indentificato il CCNL per i dipendenti degli studi professionali del 2015 quale possibile riferimento del settore dove si include anche specificatamente la figura del tecnico ortopedico. Trattandosi poi di piccole aziende spesso a conduzione familiare, in questa prima fase si è ritenuto opportuno individuare il lavoratore "tipo" in una persona che lavora da trent'anni ed è inquadrato nel livello di quadro, ottenendo un costo pieno orario pari a circa 27 euro. Si è adottato il livello di inquadramento di quadro tenendo conto che si tratta in genere di piccole realtà spesso a conduzione familiare dove si ha uno scarso turn over. Tutto ciò fa supporre che i dipendenti abbiano sia un inquadramento di tipo apicale sia un livello di anzianità mediamente elevato.

La quota percentuale del 10% di costi generali e indiretti insieme al costo del lavoro, come sopra indicato, sono stati applicati ai codici di cui si disponeva una differenziazione analitica tra costi diretti, indiretti e generali. Tutto ciò è stato pertanto possibile per i costi forniti dagli enti attivi nell'area dell'ortopedia, mentre è risultato impossibile per le indicazioni messe a disposizione da Federottica relativamente ai prodotti di ottica, per i motivi sopra riportati.

È, infine, da rilevare che tutti i valori compresi all'interno del Nomenclatore sono da intendersi al netto di IVA.

Una volta concluso questo lavoro di verifica e di ricostruzione del costo pieno ove possibile, si è verificato il numero di "valori" resi disponibili dalle associazioni di categoria oltre naturalmente alla tariffa vigente: in particolare, è stato possibile agganciare due, e in alcuni casi tre valori (nel caso delle protesi per arto inferiori) alla maggioranza dei codici dei prodotti (240 sull'intero Nomenclatore, pari al 76% dei codici relativi ai prodotti), mentre la "copertura" è risultata molto più limitata nel caso degli aggiuntivi (poco più del 10%: 22 su 200 complessivi) e particolarmente scarsa per le riparazioni (8,2%: 45 su 549).

In una seconda fase, per i codici agganciati a più valori, si è calcolata la variazione percentuale tra questi ultimi, distinguendoli in due gruppi in base a una differenza percentuale inferiore o superiore al 10%. A questo processo di differenziazione sono seguite due diverse strategie di valorizzazione: (i) per il gruppo di codici con una variazione inferiore al 10% tra i valori disponibili, si è proceduto a stimare una media aritmetica identificando la tariffa con questo valore; (ii) per il gruppo di codici con una variazione superiore al 10% si è, invece, deciso di considerare il valore minore a disposizione, nella prospettiva di una specifica rilevazione dei costi al termine di questo primo processo di revisione. L'eccezione a questa procedura è costituita dalla valorizzazione dei nuovi prodotti, qualora fossero stati resi disponibili più valori: in questo caso, in assenza di riferimenti precedenti, si è preferito calcolare la media aritmetica indipendentemente dalla consistenza della variazione percentuale tra i valori di costo forniti.

Laddove, invece, si è registrata una carenza di informazioni alternative alle tariffe vigenti, ci si è limitati ad adottare quelle previste dal Nomenclatore 332/99 maggiorate del 9% come previsto dalla legge finanziaria per l'anno 2008.

Come già menzionato, per le riparazioni non sono praticamente disponibili informazioni dirette di costo e sono state quindi inserite le tariffe attualmente vigenti. Non si tratta, tuttavia, di una criticità significativa a causa della natura e delle caratteristiche di queste voci che costituiscono circa la metà del Nomenclatore. Nel corso degli incontri con alcune delle associazioni di categoria così come dai riscontri avuti con gli esperti del Ministero della Salute, è emersa l'opinione che la tecnologia sempre più all'avanguardia e i materiali più leggeri e resistenti, sempre più diffusi nella costruzione dei dispositivi, comporteranno un sempre minore ricorso a interventi di riparazione i quali comunque richiederanno sensibili minori tempi/uomo. Tutto ciò richiede, quindi, la progettazione di un intervento di revisione delle finalità, dei contenuti e delle modalità di erogazione di queste prestazioni previste dal Nomenclatore: in questa direzione, si è ritenuto opportuno adottare per le riparazioni, quale primo passo, le tariffe del DM 332/99 con una riduzione del 40%.

Inoltre, per facilitare e anticipare il processo di semplificazione funzionale che riguarderà il Nomenclatore, si è proceduto a valorizzare con un *forfait* di € 1,00 tutti quegli ausili che da più fonti e contributi appaiono come obsoleti e/o superflui.

È, infine, da evidenziare che le tariffe agganciate al Nuovo Nomenclatore sono state visionate, valutate e verificate dai componenti regionali del gruppo di lavoro sulla protesica nell'ambito della sopra citata Commissione che opera a supporto della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale, istituita ai sensi dell'art. 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) con decreto ministeriale 16 giugno 2016 con il mandato di garantire il costante aggiornamento dei LEA attraverso una procedura tempestiva e semplificata.

7.4.1 Il processo di definizione delle tariffe: i criteri utilizzati per la determinazione delle tariffe nelle singole classi del Nomenclatore

Gli ausili per la terapia circolatoria nell'ambito degli ausili per le terapie individuali

Si tratta di una nuova classe di ausili inseriti nel Nomenclatore: insieme a una tipologia prodotta industrialmente da acquistare con le ordinarie procedure previste dal Codice dei contratti, ne esiste infatti una seconda fabbricata "su misura" fino ad ora esclusa dalla copertura del SSN. Per la determinazione delle tariffe è stato preso a riferimento un ampio spettro di listini prezzi di questi prodotti fatti su misura, arricchito da un'attenta lettura critica, tale da rendere possibile la stima di un valore medio.

Le ortesi spinali

Tra le ortesi spinali, sono stati inseriti due nuovi prodotti già diffusi nel mercato privato ossia il corsetto Sforzesco e il corsetto P.A.S.B. Per questi prodotti, si è fatto riferimento a esperti che hanno fornito indirizzi e suggerimenti utilizzati poi come riferimento per la determinazione delle due tariffe. È da considerare che per questa classe, al netto dei codici riferiti alle riparazioni, è stato fornito un aggiornamento dei costi di produzione da parte di FIOTO per circa il 65% dei restanti codici.

Le ortesi per arti superiori

La classe delle ortesi per arti superiori ha visto l'introduzione di due nuovi prodotti ossia le ortesi tipo tenodesi funzionali all'estensione del polso e le ortesi tipo tenodesi funzionali per opposizione e presa 1° - 2° - 3° dito. In questo caso, gli esperti del Ministero della Salute hanno raccolto informazioni dai listini prezzo dei

principali produttori presenti sul mercato e sono state utilizzate quale riferimento per la determinazione delle tariffe dopo un'attenta disamina.

Le ortesi per arti inferiori

In questa classe si concentra la maggior parte dei prodotti totalmente nuovi inseriti nel Nomenclatore. In particolare si tratta: delle ortesi dinamiche gamba – piede a valva antiequino (Codivilla modificata); delle ortesi di allineamento coscia - gamba o tutore rigido a doppia valva (schiniere); delle ortesi di allineamento e carico per anca (bacino-coscia fino al ginocchio escluso): tutore rigido a valva monolaterale; dei tutori Reciprocating Gait Orthosis Isocentric (bacino-coscia-gamba-piede); dei tutori pediatrici e adulti Advanced Reciprocating Gait Orthosis (bacino-anca-coscia-piede). Per le ortesi, il lavoro istruttorio è consistito nell'individuare in dettaglio le singole componenti che sono state valorizzate, quindi le relative fasi di lavorazione necessarie per l'assemblaggio e infine le prove sulla persona, fornendo una stima del "costo di produzione" utile alla determinazione della tariffa. Sono stati esaminati anche i listini dei produttori dei dispositivi prodotti industrialmente che, in molti casi, commercializzano ortesi dalle geometrie costruttive derivanti dai prodotti fabbricati su misura: possono pertanto rappresentare un altro riferimento soprattutto per i costi dei materiali impiegati.

Per i restanti prodotti, sono state invece utilizzate le indicazioni fornite da FIOTO relative all'aggiornamento dei costi diretti di produzione.

Protesi per arti superiori

La classe delle protesi per arti superiori non è stata caratterizzata dall'introduzione di prodotti totalmente nuovi, ma è stata dominata da una logica di miglioramento della qualità degli ausili erogati. Infatti, i prodotti che rappresentano una novità all'interno del Nomenclatore vedono nella dettagliata ricomposizione delle componenti la ratio che ha portato alla loro introduzione, prevedendo così la possibilità di prescrivere dispositivi costruiti con materiali all'avanguardia per aumentare la capacità di risposta allo specifico bisogno dell'individuo e non lasciare il compito di ricomposizione alla discrezione del singolo prescrittore. Per la determinazione delle tariffe da associare a tale classe di dispositivi, sono state utilizzate (i) le valorizzazioni delle componenti e delle fasi di lavoro necessarie alla produzione del dispositivo realizzate nelle fasi di aggiornamento e di revisione della disciplina, (ii) le indicazioni fornite da FIOTO relativamente ai costi diretti di produzione dei prodotti, (iii) le tariffe vigenti.

Protesi per arti inferiori

Le protesi per arti inferiori sono state interessate da una profonda revisione della gamma offerta, seppur precisando che non è stato inserito alcun dispositivo nuovo, cioè che non poteva essere prescritto prima della fase di aggiornamento. Più marcatamente rispetto alle protesi per arti superiori, le principali novità riguardano la possibilità di prevedere dei dispositivi di base tecnologicamente avanzati e innovativi, in quanto costituiti da materiale all'avanguardia e già ampiamente utilizzati dagli assistiti attraverso la compartecipazione alla spesa per l'acquisto dell'ausilio (istituto della riconducibilità per omogeneità funzionale, art. 1, comma 5 d. m. 332/1999). Tra i dispositivi coinvolti, le Protesi per disarticolazione di ginocchio, le Protesi transfemorali endoscheletriche con invasatura temporanea, le Protesi transfemorali endoscheletriche con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica e le Protesi endoscheletriche per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomy sono i prodotti maggiormente interessati. Per buona parte dei nuovi prodotti relativi a tale classe di ausili, si è potuto usufruire di un triplice contributo. Infatti, sono state utilizzate le informazioni fornite dal Centro Protesi di Vigorso di Budrio (BO) - INAIL, le indicazioni fornite da FIOTO e le informazioni già in possesso degli esperti del Ministero della Salute. In questo caso, è stato quindi possibile beneficiare di una pluralità di informazioni non soltanto per quanto concerne i prodotti, ma anche su alcuni specifici aggiuntivi.

Protesi oculari

Le protesi oculari su misura rappresentano il risultato di una lavorazione che richiede una serie di prove con modelli di adattamento progressivo, al fine di ottenere la migliore somiglianza possibile con l'occhio superstite. Per la determinazione delle tariffe per questa classe di dispositivi sono state utilizzate le informazioni e indicazioni rese disponibili dall'Associazione Nazionale Protesisti Oculari – ANPO. In particolare, in questa fase, ANPO ha reso disponibile una stima dei costi di produzione di un nuovo prodotto codice “06.30.90.048 - impostazione sclerale o bulbare per protesi oculare in caso di prima fornitura o di modifica della precedente per la serie di protesi in vetro e per protesi in resina)” e della relativa riparazione.

Ausili per la mobilità personale

Gli Ausili per la mobilità personale fanno riferimento a dispositivi a supporto della mobilità per assistiti in condizione di particolare fragilità a causa di gravi limitazioni imposte dalle patologie congenite o acquisite, richiedendo quindi un'apposita sistemazione con componenti di postura fabbricate e stilizzate dai tecnici sulle misure direttamente rilevate sugli utenti. La collocazione dei due ausili di serie nell'elenco del “su misura” persegue la finalità di realizzare la fornitura in un unico “passaggio” snellendo e semplificando la consegna (i tecnici ortopedici sono contemporaneamente soggetti abilitati alla costruzione e soggetti economici che gestiscono una impresa di commercializzazione degli ausili tecnici). All'interno di tale classe rientrano, quindi, due prodotti quali le basi di mobilità basculante (si ribadisce, sono dispositivi di serie), e una serie di aggiuntivi all'occorrenza necessari in base alla prescrizione dello specialista. Seppur disponendo di limitate informazioni e conoscenze tecnico-produttive, l'unica soluzione disponibile per determinare le tariffe da associare a tale classe di dispositivi sono state le valorizzazioni delle singole componenti e una stima delle fasi di lavoro necessarie alla produzione del dispositivo individuate tra quelle segnalate dalla FIOTO, oltre alle tariffe applicate nell'elenco n. 1 del Nomenclatore DM 332/99 dove gli ausili erano collocati.

Ausili per adattamento della casa e altri ambienti

Specificatamente nell'ambito della classe Ausili per adattamento della casa e altri ambienti, la componente Sedute e sistemi di seduta speciali (costruite su misura) rientra tra i dispositivi “su misura”. Si basa, infatti, su misure rilevate sulla persona per compensare le deformità posturali imposte dalla patologia e per prevenire l'affaticamento nella posizione seduta, e quindi rispondere all'esigenza di assicurare il mantenimento di una corretta, sicura e confortevole posizione seduta al paziente. In quest'ottica, il Nomenclatore ha previsto l'introduzione di alcune fasi di lavorazione cruciali per rispondere ai bisogni degli assistiti. Al fine di garantire una copertura tariffaria di tali ausili, sono state utilizzate le valorizzazioni delle componenti e delle fasi di lavoro necessarie alla produzione del dispositivo realizzate dagli esperti del Ministero della Salute.

Ausili ottici

Gli ausili appartenenti a tale classe sono categorizzabili come dispositivi di correzione ottica non elettronici e sono rivolti alle specifiche esigenze di assistiti con gravi limitazioni della funzione visiva (nell'ordinamento sanitario italiano, le lenti per occhiali e quelle a contatto sono considerati dispositivi su misura). Il Nomenclatore ha per tale classe previsto l'introduzione di alcuni dispositivi non previsti dal Nomenclatore DM 332/99. Questo tipo di prodotto è caratterizzato da un rilevante contributo dell'ottico abilitato rispetto alle fasi di realizzazione, applicazione, prova e adattamento alle esigenze dell'assistito di cui la tariffa dovrebbe tenere conto. In questa fase dell'aggiornamento, tuttavia, non è stato possibile organizzare una rilevazione dei tempi di lavorazione e quindi l'Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi – FEDEROTTICA, raccogliendo distributori di prodotti ottici, ha fornito i listini con i prezzi di acquisto presso i principali produttori italiani e stranieri. Nella seconda fase di aggiornamento (cfr *Infra*), l'aspetto dei tempi di lavorazione dovrà essere oggetto di specifica indagine.

7.5 LA PROPOSTA DI UN NUOVO TARIFFARIO E IL CONFRONTO CON LE ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA

Il 31 marzo 2017, nel corso di un incontro presso il Ministero della Salute tra la Direzione Generale della Programmazione sanitaria dello stesso Ministero della Salute e i rappresentanti delle Associazioni di Categoria del comparto della protesica, si è presentata la proposta di definizione delle tariffe in base alla metodologia sopra descritta. In seguito alla condivisione di questa proposta, il comparto ha fornito nelle settimane successive delle ulteriori informazioni e proposte di revisioni.

In seguito a detto incontro del 31 marzo 2017, le Associazioni di Categoria hanno fornito ulteriori informazioni e indicazioni che hanno condotto a un riesame delle ipotesi tariffarie determinate con la metodologia di cui sopra. In particolare, per quanto riguarda l'ortopedia, le Associazioni di Categoria hanno analizzato la transcodifica tra vecchio e nuovo nomenclatore realizzata dal Ministero e diviso i codici delle prestazioni in tre categorie distinte (totale = 952 codici prestazione):

- «Coincidenti» (638): codici inclusi nel Nomenclatore del DCPM LEA per i quali la transcodifica del Ministero coincide con quella del comparto.
- «Parzialmente coincidenti» (196): codici inclusi nel DPCM LEA per i quali la transcodifica del Ministero risulta essere parziale rispetto a quella del comparto, in virtù della mancata considerazione degli aggiuntivi che permettono di identificare in modo univoco la funzione del dispositivo.
- «Non coincidenti» (118): codici inclusi nel Nomenclatore del DPCM LEA per i quali il Ministero ha proposto una transcodifica differente da quella del comparto.

La Tabella 5 dà evidenza di quanto appena riportato.

Tabella 5. Informazioni sintetiche della revisione tariffaria post Consultazione del 31/03/2017

Categoria	Coincidente	Parzialmente coincidente	Non coincidente	Totale
Ausili per terapie individuali	6	-	-	6
Ortesi spinali	154	1	10	165
Ortesi per arto superiore	50	-	3	53
Ortesi per arto inferiore	138	11	13	162
Protesi di arto superiore	108	94	11	213
Protesi di arto inferiore	131	81	74	286
Protesi oculari	18	-	-	18
Calzature ortopediche	39	9	-	48
Ausili per la mobilità personale	4	-	6	10
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	8	-	1	9
Ausili ottici	93	-	-	93
Totale	749	196	118	1063

Sono quindi state analizzate le ultime due categorie, per un totale di 314 codici prestazione, rispetto alle quali il Ministero della Salute ha provveduto a valutare approfonditamente l'assimilazione alternativa o aggiuntiva proposta. Qualora quest'ultima fosse condivisa, si è utilizzata l'indicazione dell'assimilazione alternativa per predisporre per ciascuno dei due gruppi una riconduzione ai volumi di erogazione delle prestazioni nelle 10 regioni + 1 PA.

Tra i codici «non coincidenti» sono state verificate le discrepanze tra le associazioni proposte da FIOTO a luglio del 2016 e quelle proposte da Federlazio e altre associazioni nel maggio 2017. La Tabella 6 mostra i codici per categoria per i quali è stata osservata una differenza di assimilazione/transcodifica. Delle 77

prestazioni monitorate e riportate nella Tabella, sono state confermate 73 nuove assimilazioni, confermando in 5 casi le proposte del comparto del luglio 2016 (si tratta dei codici "06.24.92.154 piede rigido per protesi esoscheletrica senza perno filettato di fissaggio e senza parte malleolare (T)", "06.24.92.512 smontaggio e rimontaggio cosciale (T)", "06.24.92.515 adattamento invasatura (T)", "06.24.92.715 calotta terminale per rivestimento in materiale morbido predisposto per piede rigido (M)", "06.24.92.718 calotta terminale per rivestimento in materiale morbido predisposto per piede articolato (M)").

Tabella 6. Numerosità codici prestazione la cui riconduzione al Nomenclatore 332/99 comunicata dalle Associazioni di Categoria nel luglio 2016 risultava diversa da quanto comunicato dalle stesse a giugno 2017

Categoria	Numerosità
Ortesi spinali	6
Ortesi arto inferiore	11
Protesi arto superiore	11
Protesi arto inferiore	49
Totale	77

Queste proposte di revisione sono state infine valutate dagli esperti del Ministero della Salute e ritenute opportune.

In seguito, si è proceduto a una revisione delle ipotesi tariffarie presentate nell'incontro del 31 marzo 2017 attraverso:

- Arrotondamento al numero intero per difetto di tutte le tariffe, con conseguente eliminazione delle cifre decimali;
- Adeguamento delle tariffe in seguito alla proposta di inquadrare il comparto orto-protetico nel CCNL dell'«Industria Metalmeccanica» (vedi sotto). L'adesione alla proposta del comparto di fare riferimento a quest'ultimo CCNL ha comportato che la quota parte della tariffa dovuta al costo del lavoro fosse aumentata del 20%, passando da 27 a 32 euro all'ora;
- Adeguamento di alcune tariffe al prezzo più basso, e non al prezzo medio, della componentistica in commercio secondo i listini precedentemente inviati al Ministero;
- Abbattimento a 1,00 € del prezzo di alcuni aggiuntivi «impropri», poiché già contemplati nella descrizione del dispositivo base;
- Adeguamento delle tariffe relative a codici oggetto di "pacchettizzazione" in seguito a una rendicontazione maggiormente dettagliata delle componenti incluse nella descrizione.

Si è poi provveduto a confrontare il database a disposizione con quello utilizzato in precedenza, cercando di valutare eventuali sovrapposizioni con la metodologia applicata. Si è quindi verificato in quale di questi casi, l'informazione pervenuta da FIOTO o dal Centro dell'Inail fosse stata utilizzata in sede di determinazione dell'attuale ipotesi tariffaria (si ricorda che il criterio adottato in quella sede era relativo allo scostamento tra valore minimo e massimo osservato, con una tolleranza massima del 10%).

Per quanto concerne oculistica e ottica, a seguito delle segnalazioni delle Associazioni di Categoria, si è provveduto a un nuovo controllo della distribuzione di dispositivi, aggiuntivi e riparazioni e a una verifica e sistemazione dei singoli codici prestazione nelle classi di ausili più appropriate. Inoltre, se nel caso dell'ottica non si è provveduto ad apportare modifiche (in virtù della presentazione da parte del comparto della medesima documentazione considerata nella prima fase – cfr. sopra), ANPO ha invece proposto un'analisi dei costi per la realizzazione degli ausili negli «studi» di protesi oculari. L'analisi dei costi è risultata ragionevole fornendo indicazioni più dettagliate relative ai costi di produzione e sono state accolte le ipotesi

tariffarie proposte. E' stata fatta eccezione per una prestazione (codice "06.30.90.048 - impostazione sclerale o bulbare per protesi oculare in caso di prima fornitura o di modifica della precedente per la serie di protesi in vetro e per protesi in resina" e la relativa riparazione), rispetto alla quale era già stata utilizzata in precedenza una rilevazione fornita dalla stessa ANPO.

L'esito di tali consultazioni sono sintetizzate nella seguente Tabella 7 dove sono riportati i codici in base alla variazione positiva o negativa del valore inizialmente proposto e alle classi del nomenclatore. Emerge una concentrazione di variazioni positive tra i prodotti inclusi nella classe delle protesi degli arti inferiori e superiori in seguito alla revisione della stima del valore dei prodotti pacchettizzati. Nel caso poi delle ortesi degli arti inferiori, gli incrementi sono in parte dovuti alla revisione delle componenti dei prodotti pacchettizzati e in parte riconducibili all'accesso a stime di costo non rese inizialmente disponibili nella piattaforma di Fioto, trattandosi di nuovi prodotti. Un discorso a parte riguarda poi le riparazioni per cui la proposta di taglio lineare del 40% è stata posta in discussione dall'insieme delle associazioni di categoria e rivista sempre nell'ambito delle classi delle protesi degli arti superiori e inferiori oltre che dell'ortesi degli arti inferiori. La *ratio* di tale modifica è da identificare nell'elevato valore che alcuni pezzi di ricambio possono avere data la tipologia di materiale utilizzato, quale il titanio o il carbonio, che garantiscono, oltre ad un maggiore confort, anche una maggiore resistenza per le loro caratteristiche meccaniche ed elastiche. L'utilizzo di tali materiali renderà sempre meno necessario il ricorso alle riparazioni le quali comunque richiederanno sensibili minori tempi/uomo.

Infine, si è applicato un incremento del 20% al costo del lavoro per quei codici in cui questo era disponibile e precedentemente fissato a 27 €. Si è fatto riferimento all'equivalente inquadramento utilizzato con il Contratto per i dipendenti di Studi professionali (quadro del CCNL per i dipendenti degli studi professionali siglato nel 2015 e valido fino al 2018), ossia il nono livello del Contratto per i dipendenti dalle piccole e medie industrie metalmeccaniche e di installazione di impianti (CCNL per i dipendenti dalle piccole e medie industrie metalmeccaniche e di installazione di impianti siglato nel 2008 e in scadenza il 31 ottobre 2016), applicando sempre un'anzianità di trent'anni. Infatti, è stato fatto presente che il CCNL per i dipendenti di studi professionali è stato esteso ai tecnici ortopedici solo dal 2011, mentre storicamente il settore ha sempre adottato e continua ad adottare il CCNL Metalmeccanica – PMI – Confapi.

Tabella 7. Distribuzione dei codici le cui tariffe sono state oggetto di proposte di modifiche per variazione positiva e negativa e per classe del Nomenclatore

Categoria	Numerosità di codici prestazione con variazione in aumento			Numerosità di codici prestazione con variazione in riduzione o senza modifiche*				
	Prodotti	Aggiuntivi	Riparazioni Totale	Prodotti	Aggiuntivi	Riparazioni Totale		
Ausili per terapie individuali	6	-	-	6	-	-	-	
Ortesi spinali	39	4	35	78	-	35	52	87
Ortesi per arto superiore	15	7	16	38	-	6	9	15
Ortesi per arto inferiore	37	25	60	122	5	27	8	40
Protesi di arto superiore	37	13	160	210	2	1	-	3
Protesi di arto inferiore	53	48	161	262	2	4	18	24
Protesi oculari	6	1	4	11	3	4	-	7
Calzature ortopediche	24	4	5	33	1	13	1	15
Ausili per la mobilità personale	2	7	-	9	-	1	-	1
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	5	-	3	8	1	-	-	1
Ausili ottici	-	-	-	-	76	-	17	93
Totale	224	109	444	777	90	91	105	286

** O con variazioni comunque molto contenute: l'ipotesi tariffaria potrebbe aver subito una modifica compresa tra -1,00 e +1,00 euro, a prescindere dal valore iniziale considerato).*

Data l'assenza di una effettiva rilevazione ad hoc dei costi delle prestazioni, se non nei limiti delle informazioni rese disponibili come sopra specificato, per la definizione delle nuove tariffe si è ritenuto opportuno adottare un approccio prudenziale. In particolare, come sopra descritto, a fronte di più fonti informative disponibili per alcuni codici, si è fatto riferimento alle valorizzazioni più conservative.

La Tabella 8 sintetizza lo scenario sopra descritto, dettagliando il valore economico che ciascuno genererebbe per singola classe di ausili.

Tabella 8. Il valore economico dello scenario ex ipotesi tariffarie al 31 marzo 2017

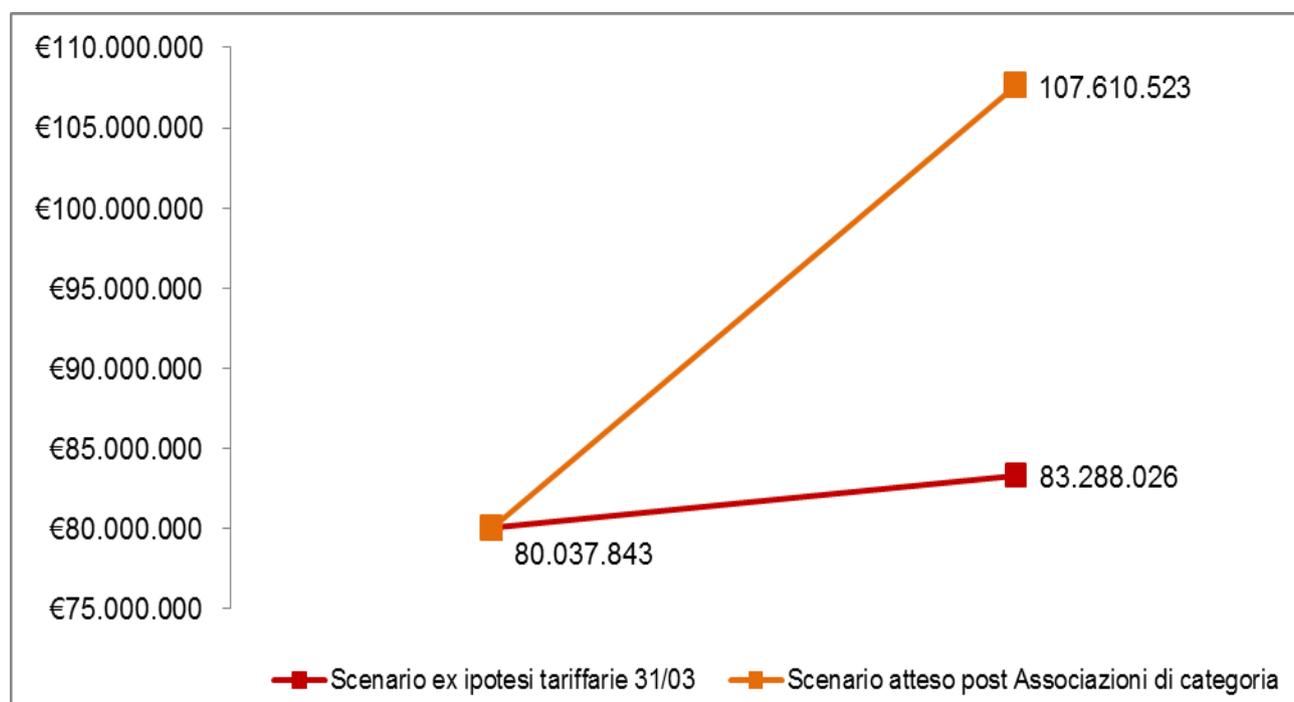
Categorie	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03
Ausili per terapie individuali	€ 412.100,00
Ortesi spinali	€ 10.235.636,65
Ortesi arto superiore	€ 618.428,54
Ortesi arto inferiore	€ 31.807.952,17
Protesi arto superiore	€ 2.606.781,99
Protesi arto inferiore	€ 18.569.077,18
Protesi oculari	€ 3.571.385,21
Calzature	€ 14.752.938,49
Ausili per la mobilità personale	€ 241.990,16
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	€ 647.058,62
Ausili ottici	€ 477.279,22
Totale	€ 83.288.026,09

In seguito alle revisioni successive all'incontro del 31 marzo 2017, si è provveduto a (i) rimodulare i volumi in seguito alla revisione delle assimilazioni, (ii) procedere a una nuova valorizzazione tariffaria, sulla base delle indicazioni fornite dalle associazioni di categoria e (iii) riassegnare adeguatamente i 5 codici prestazione relativi a «protesi oculari» che erano inizialmente stati erroneamente imputati alla categoria «ausili ottici». L'esito di tali variazioni è sintetizzato nella Tabella 9 e nella Figura 1.

Tabella 9. Il valore economico del Nomenclatore nelle regioni monitorate per classe di ausili post revisione: una sintesi

Categoria	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03	Post Associazioni di Categoria	Delta assoluti	Delta %
Ausili per terapie individuali	€ 412.100,00	€ 802.380,00	€ 390.280,00	+94,7%
Ortesi spinali	€ 10.235.636,65	€ 15.609.160,08	€ 5.373.523,43	+52,5%
Ortesi per arto superiore	€ 618.428,54	€ 1.056.366,67	€ 437.938,13	+70,8%
Ortesi per arto inferiore	€ 31.807.952,17	€ 34.868.100,07	€ 3.060.147,90	+9,6%
Protesi di arto superiore	€ 2.606.781,99	€ 3.156.940,33	€ 550.158,35	+21,1%
Protesi di arto inferiore	€ 18.569.077,18	€ 24.854.983,19	€ 6.285.906,01	+33,9%
Protesi oculari	€ 2.918.783,08	€ 4.626.758,65	€ 1.707.975,57	+58,5%
Calzature ortopediche	€ 14.752.938,49	€ 15.627.968,50	€ 875.030,01	+5,9%
Ausili per la mobilità personale	€ 241.990,16	€ 5.895.142,00	€ 5.653.151,84	+2336,1%
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	€ 647.058,62	€ 670.185,00	€ 23.126,38	+3,6%
Ausili ottici	€ 477.279,22	€ 442.538,43	- € 34.740,79	-7,3%
Totale	€ 83.288.026,09	€ 107.610.522,91	€ 24.322.496,82	29,2%

Figura 1. L'evoluzione del settore della protesica in base alle proposte tariffarie nelle 10 regioni + 1 PA analizzate



Si nota come le ipotesi tariffarie susseguenti alle indicazioni e documentazioni fornite dalle Associazioni di categoria portino a una differenza complessiva di +24,3 milioni di euro (+29,2%) per le regioni oggetto del campione rispetto alle precedenti ipotesi tariffarie e alle precedenti attribuzioni dei volumi. La differenza più consistente in termini assoluti si registra nella classe delle protesi di arto inferiore: +6,3 milioni di euro (+33,9%) rispetto alle precedenti ipotesi tariffarie. La rimodulazione dei volumi in seguito alle modifiche apportate alle riconduzioni (vedi sopra per dettagli) hanno in particolare caratterizzato gli «Ausili per la

mobilità personale» che fanno registrare l'aumento più consistente sia in termini assoluti, passando da 241 mila euro di impatto a 5,9 milioni di euro, sia in termini relativi. Una seconda classe di ausili che registra un rilevante aumento tra i due momenti di rilevazione del lavoro sin qui condotto è quella delle ortesi spinali, che, in seguito alla nuova riconduzione dei volumi e alle modifiche delle ipotesi tariffarie, registra un + 5,4 milioni di euro (+52,5%) rispetto alla precedente ipotesi di impatto sulla spesa.

7.6 IL PROCESSO DI AGGIORNAMENTO CONTINUO DELLE TARIFFE E LA NECESSITÀ DI UNA RILEVAZIONE PUNTUALE

Il processo di aggiornamento delle tariffe agganciate al nuovo nomenclatore appena tratteggiato sconta i limiti sopra descritti che non è stato possibile superare in questa prima fase. Emerge, quindi, la necessità di individuare soluzioni ai vuoti informativi, che non hanno permesso sempre di realizzare una stima puntuale dei costi indiretti, e un aggiornamento di tutte le tariffe basato su una rilevazione dei costi relativi. Alla luce di tutto ciò, emerge quindi l'urgenza di queste iniziative e si ritiene opportuno già in questa sede delineare l'approccio e la metodologia che si intende perseguire. È da sottolineare che le stesse organizzazioni di categoria, in sede di presentazione delle ipotesi tariffarie, hanno riconosciuto la pressante necessità di superare le criticità emerse nel corso di questo lavoro attraverso una rilevazione sul campo dei dati di costo. Per svolgere una simile attività, sono state individuate le seguenti fasi.

- (i) Dato l'ampio numero di prodotti e di aggiuntivi da considerare, si prospetta la necessità di identificare, attraverso il supporto di esperti, dei dispositivi «traccianti» per cui svolgere effettivamente la rilevazione puntuale dei costi diretti e indiretti.
- (ii) Si propone quindi di coinvolgere anche in questa seconda fase le associazioni di categoria. In particolare, si vuole condividere la metodologia di rilevazione con queste ultime e proporre loro di coordinare la rilevazione presso un gruppo di associati rappresentativi del settore per dimensioni, collocazione territoriale e mix di prodotti/prestazioni offerte.
- (iii) Adottare un approccio *bottom up*, fornendo una griglia di rilevazione della distinta cicli per arrivare alla stima dei costi diretti e indiretti di ciascun prodotto già individuato come tracciante. L'obiettivo di questo sistema di misurazione dei costi è, oltre a rilevare *ex novo* dei costi direttamente attribuibili (manodopera, componenti, ecc.), identificare opportuni e specifici driver per imputare i costi indiretti (attrezzature, costo degli spazi, utenze) alle singole prestazioni, abbandonando così il ricorso a coefficienti indistinti di ricarico della totalità dei costi indiretti sul valore dei costi diretti.
- (iv) Seguirà la verifica della qualità dei dati rilevati da parte degli esperti del Ministero della Salute che procederanno alla loro elaborazione anche in comparazione diretta con i costi riportati in alcune realtà di Paesi europei che offrono agli assistiti le medesime forme di garanzie e tutele.
- (v) I dati raccolti nell'ambito di ciascuna associazione resteranno a loro disposizione per la costruzione di eventuali *benchmark* interni.

La rilevazione puntuale dei costi di produzione dei prodotti inclusi nel nuovo Nomenclatore sarà quindi da collocare in un più ampio processo di aggiornamento continuo delle tariffe promosso dalla Commissione Permanente per l'Aggiornamento delle Tariffe che coordinerà l'intero processo. Inoltre, la futura implementazione delle fonti informative del NSIS gestite dal Ministero della salute, non essendo ancora disponibile a livello nazionale un flusso informativo dedicato alla protesica, fornirà un ulteriore strumento per dare continuità nel tempo a qualsiasi intervento di governo del settore.

APPENDICE

ELENCO DELLE SIGLE E DEGLI ACRONIMI

A	
ADOI	Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani
Agenas	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIBT	Associazione Italiana di Immunogenetica e Biologia dei Trapianti
AIGO	Associazione Italiana Gastroenterologi e Endoscopisti Digestivi Ospedalieri
AIMN	Associazione Italiana Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare
AIOM	Associazione Italiana di Oncologia Medica
AIOP	Associazione Italiana Ospedalità Privata
AIRO	Associazione Italiana Radioterapia Oncologica
AIUC	Associazione Italiana Ulcere Cutanee Onlus
AMCLI	Associazione Microbiologi Clinici Italiani
AMD	Associazione Medici Diabetologi
ANMCO	Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
ANPO	Associazione Nazionale Protesisti Oculari
A.O.	Azienda Ospedaliera
AOGOI	Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani
A.O.U.	Azienda Ospedaliera Universitaria
ARIS	Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari
ARSOP	Associazione Medici Riabilitatori Specialisti Ospedalità Privata
ASUR	Azienda Sanitaria Unica Regionale
A.V.	Area Vasta
C	
CCNL	Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro
CdC	Centro di costo
CDC	Casa di Cura
CERGAS	Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale – Università Bocconi
CNAO	Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica
CND	Classificazione Nazionale dei Dispositivi medici
CNS	Centro Nazionale Sangue
CNT	Centro Nazionale Trapianti
CSR	Conferenza Stato-Regioni
CV	Coefficiente di Variazione, definito come il rapporto tra la deviazione standard e la media aritmetica
D	
DM	Decreto Ministeriale
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DRG	Diagnosis-Related Group, raggruppamenti omogenei di diagnosi
F	
FADOI	Federazione delle Associazioni Dirigenti Ospedalieri Internisti
FA-RE	Sistema di classificazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
FederANISAP	Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private
FEDERBIOLO	Sindacato Nazionale Biologi Liberi Professionisti
GI	
FEDERLAB	Coordinamento Nazionale delle Associazioni di Categoria rappresentanti i Laboratori di Analisi
FEDEROTTICA	Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi

FIMP	Federazione Italiana Medici Pediatri
FIOTO	Federazione Italiana degli Operatori in Tecniche Ortopediche
FISM	Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane
FISP	Federazione Italiana delle Società di Psicologia
FISMAD	Federazione Italiana delle Società Malattie Apparato Digerente
FISMELAB	Federazione delle Società Scientifiche Italiane nel settore della Medicina di Laboratorio
G	
GISCI	Gruppo Italiano Screening del Cervicocarcinoma
I	
ISSE	Italian Society for Surgical Endoscopy / Società Italiana di Endoscopia (area chirurgica)
L	
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
M	
MdC	Mezzo di contrasto
MdS	Ministero della Salute
N	
NGS	Next Generation Sequencing, insieme di tecnologie per il sequenziamento di grandi genomi
NN / NNN	Nuovo Nomenclatore Nazionale (delle prestazioni specialistiche ambulatoriali)
NSIS	Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute
NV	Nomenclatore Vigente (delle prestazioni specialistiche ambulatoriali)
P	
PP.AA.	Province Autonome
P.O.	Presidio Ospedaliero
R	
RM	Risonanza magnetica
S	
SIAARTI	Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
SIAF	Società Italiana Audiologia e Foniatria
SIAPAV	Società Italiana di Angiologia e Patologia Vascolare
SICM	Società Italiana di Chirurgia della Mano
SICPRE	Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica
SICVE	Società Italiana di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare
SIDEMAST	Società Italiana di Dermatologia Medica, Chirurgica, Estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse
SIDERP	Società Italiana di Dermatologia Pediatrica
SIED	Società Italiana Endoscopia Digestiva
SIGG	Società Italiana di Gerontologia e Geriatria
SIGLA	Società Italiana Glaucoma
SIGU	Società Italiana Genetica Umana
SIMEU	Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza
SIMFER	Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
SIN	Società Italiana di Nefrologia
SIR	Società Italiana di Reumatologia
SIRM	Società Italiana di Radiologia Medica
SIRN	Società Italiana di Riabilitazione Neurologica
SISC	Società Italiana per lo Studio delle Cefalee
SIU	Società Italiana di Urologia
SIURO	Società Italiana di Urologia Oncologica
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
T	
TC	Tomografia computerizzata

TS	Tessera Sanitaria
U	
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria



Ministero della Salute

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Relazione tecnica

A) ASSISTENZA SPECIALISTICA

1) Contesto

1.1 Il quadro normativo

Le regole di base del sistema di remunerazione attualmente in uso sono state stabilite inizialmente dalla riforma sanitaria del 1992, che introdusse nel SSN un sistema di tipo prospettico, basato su tariffe per prestazione fissate preventivamente; le riforme intervenute successivamente hanno confermato le caratteristiche di fondo del sistema, specificandone le modalità di utilizzo.

Le prestazioni sanitarie per le quali sono determinate le tariffe sono definite in maniera univoca a livello nazionale, per ciascuna area assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità tra Regioni e consentire la portabilità dei diritti di assistenza:

- a) Prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) protesica "su misura";
- c) ospedaliera per acuti e non acuti (sistema DRG).

I criteri per determinare le tariffe, a livello nazionale e regionale, sono definiti per legge e impongono, sia il legame delle tariffe con i costi per produrre le prestazioni secondo modalità efficienti ed appropriate, sia il rispetto dei vincoli dettati dai livelli di finanziamento complessivo del SSN.

Oltre alle tariffe, poiché non tutte le attività sanitarie prodotte ed erogate dalle strutture sanitarie sono riconducibili a prestazioni tariffabili singolarmente, il sistema di remunerazione prevede un secondo elemento costituito dalle cosiddette "Funzioni assistenziali", remunerate sulla base del costo standard del corrispondente programma di assistenza.

La determinazione delle tariffe massime nazionali deve basarsi sui costi standard di produzione e su quote di costi generali calcolati sui dati relativi ad un campione di strutture accreditate pubbliche e private. A tal fine è prevista la possibilità di utilizzare, in via alternativa e nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse:

- a) Costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema Informativo Sanitario;
- b) Costi standard delle prestazioni già disponibili presso le Regioni e le Province Autonome;

- c) Tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle Regioni e nelle Province Autonome.

La medesima procedura è prevista per l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificate in sede di accreditamento delle strutture stesse.

Le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del SSN. Gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Resta fermo quanto disposto per le regioni in piano di rientro (cfr. articolo 5, comma 2, del presente decreto)

1.2 Dal previgente al nuovo nomenclatore

Il nuovo Nomenclatore della specialistica ambulatoriale contiene elementi di forte innovazione, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed escludendo prestazioni ormai obsolete. Si è tenuto conto che numerose procedure diagnostiche e terapeutiche, considerate nel 1996 quasi "sperimentali" o eseguibili in sicurezza solo in regime di ricovero, oggi sono entrate nella pratica clinica corrente e possono essere erogate in ambito ambulatoriale.

Dal punto di vista metodologico, il nuovo Nomenclatore che sostituisce il Nomenclatore di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 è originato dalle proposte formulate nel corso degli ultimi dieci anni dalle Regioni, dalle Società scientifiche e da soggetti ed enti operanti nell'ambito del SSN, relative all'inserimento di nuove prestazioni (la maggior parte delle quali rappresenta un trasferimento dal regime di Day-Hospital o Day-Surgery), alla modifica di prestazioni precedentemente incluse o alla soppressione di prestazioni ormai obsolete.

Numericamente il nuovo Nomenclatore è costituito da 2.108 prestazioni, a fronte delle 1.702 comprese nella versione del 1996. In molti casi, quali ad esempio le visite specialistiche o gli esami di diagnostica per immagini degli arti, la definizione generica già presente è stata modificata specificandone il contenuto, nelle fattispecie introducendo la disciplina o individuando il segmento corporeo. Il risultato è che il nuovo nomenclatore include prestazioni che, seppure già erogate in vigenza del precedente decreto, sono descritte o organizzate diversamente.

Il nomenclatore riporta, per ciascuna prestazione, il codice identificativo, la definizione, eventuali modalità di erogazione in relazione ai requisiti necessari a garantire la sicurezza del paziente, eventuali note riferite a condizioni di erogabilità o indicazioni per il medico, con l'intento di guidare la prescrizione verso una maggiore appropriatezza.

1.3 Nuovo nomenclatore e nuove tariffe

L'applicazione delle tariffe al nuovo nomenclatore comprende sia la revisione delle tariffe delle prestazioni già comprese nel previgente nomenclatore, sia la valorizzazione delle prestazioni di nuovo inserimento. Gli

interventi di innovazione e di riorganizzazione rispetto al previgente nomenclatore hanno portato a una ridotta biunivocità di corrispondenze tra le vecchie e le nuove prestazioni. **Per questo motivo, ai fini della valutazione di impatto, la nuova valorizzazione non può essere messa a confronto con quella riferita al DM 18.10.2012.**

Dall'altra parte gli adeguamenti progressivi e peculiari dei nomenclatori e tariffari regionali hanno generato situazioni di disomogeneità nella gamma di prestazioni specialistiche erogate dai 21 SSR che hanno seguito dinamiche diverse. L'attuale contesto vede alcune grandi regioni (principalmente la Lombardia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e la Toscana), che già ora erogano tutte o quasi tutte le prestazioni contenute nel nuovo nomenclatore nazionale e che perciò possono essere prese come le 4 regioni di riferimento (cd. "regioni benchmark") per ribaltare l'impatto economico dell'introduzione dei nuovi Lea a livello delle restanti regioni.

Coerentemente con la relazione tecnica che ha accompagnato la revisione dei nuovi Lea valutandone l'impatto economico, a fronte di un incremento dei consumi ambulatoriali e dei costi loro associati, per effetto dell'estensione a tutte le regioni dell'obbligo di erogare tutte le prestazioni inserite nel nuovo nomenclatore, si deve considerare che in alcuni casi si tratta di prestazioni nuove incluse nel NN ma già erogate dalle regioni in maniera diversificata, atteso il diverso grado di aggiornamento del loro nomenclatore regionale.

In definitiva l'effetto dell'adozione del nuovo nomenclatore e l'effetto dell'applicazione delle nuove tariffe vanno valutati contestualmente, e la metodologia per la valutazione dell'impatto economico non può non prevedere un effetto combinato e inscindibile dei due fattori di novità.

1.4 Valutazione dell'impatto economico nuovi LEA

La già citata relazione tecnica accompagnatoria del DPCM 2017 ha previsto che gli oneri aggiuntivi relativi all'adozione del nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale fossero contenuti entro i 425 milioni di euro, al lordo del ticket ed al netto della spesa già sostenuta da molte regioni. Il calcolo si è basato sui consumi 2014 rilevati dal flusso NSIS Tessera Sanitaria che ha evidenziato come una parte della maggiore spesa, connessa all'introduzione di nuove prestazioni nel NN, è già sostenuta da molte regioni, per un complessivo importo pari a 468 mln, al netto di quelle oggetto di trasferimenti da altri ambiti assistenziali.

A fronte di un incremento di spesa derivante dall'inserimento delle "nuove prestazioni" pari all'8,5% della spesa sostenuta complessivamente dalle quattro grandi regioni più avanti nel recepimento dei nuovi Lea (Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana), si è stimato prudenzialmente un incremento di spesa per le nuove prestazioni pari al 9,5% nelle regioni meno avanzate e, senza considerare l'impatto dei maggiori ticket, si è pervenuti a stimare un impatto economico di 425 milioni di euro (su 893 milioni) che rappresenta la spesa connessa all'aggiornamento del nomenclatore a livello nazionale. Il calcolo degli importi è stato possibile dopo avere identificato e valorizzato per ogni regione, tramite il flusso TS, le prestazioni riferite ai vecchi Lea e quelle incluse o assimilabili ai nuovi Lea, al netto delle prestazioni extra-Lea regionali.

A detti oneri di **425** mln di euro, sono stati aggiunti anche circa **20 mln** di euro per l'adroterapia, per un totale di **445** mln di euro.

2) Metodologia per la definizione delle tariffe

In osservanza di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., ai fini dell'aggiornamento delle tariffe si è ritenuto di utilizzare i dati sui costi, laddove disponibili, e i risultati dell'analisi della variabilità tariffaria regionale. Per alcune prestazioni, rispetto alle quali non è risultata disponibile nessuna delle due fonti si è proceduto ad associare (anche in base a valutazioni fornite da parte delle Società scientifiche), le stesse prestazioni ad altre simili rispetto alle quali si era in possesso delle informazioni necessarie, oppure ad altri codici presenti all'interno del Nomenclatore Vigente.

2.1 Tariffe determinate sui costi

La Commissione ha raccolto ricerche, analisi o semplici rilevazioni dei costi associati all'erogazione di prestazioni, anche di ambito ristretto.

Nella prima fase di analisi dei costi delle prestazioni di **laboratorio** si sono presi a riferimento i costi, messi a disposizione dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Veneto, osservati in 4 strutture che conseguono importanti economie di scala connesse agli elevati volumi di prestazioni erogate. Si è scelto, poi, di inserire all'interno del panel di rilevazione dei costi altre strutture pubbliche e private più piccole, pur sempre con volumi di attività superiori alle 200 mila prestazioni annue.

In definitiva, il Ministero della salute è arrivato a raccogliere valori di costo per le prestazioni erogate da 7 strutture pubbliche e 8 strutture private, caratterizzate da un numero unitario di prestazioni di laboratorio annuo compreso tra 295 mila e 10 milioni, intervallo ritenuto rappresentativo della composizione dell'attuale offerta laboratoristica nazionale pubblico-privata ¹.

¹ La scelta di coinvolgere le seguenti 7 strutture ambulatoriali private:

1. (Centro Diagnostico Gamma (Gioia Tauro, RC)
2. L.A.B. Dott. Bilotta (Cosenza)
3. Bios (Roma)
4. U.S.I. (Roma) *
5. Namur (Roma)
6. C.S.M. (Catania)
7. Villa Salus (Venezia) *

è riconducibile al fatto che le stesse hanno fatto pervenire, in sede di consultazione per il tramite delle associazioni di categoria, le osservazioni in merito alle ipotesi tariffarie proposte dal Ministero, fatta eccezione per Villa Salus che è stata selezionata in quanto già coinvolta, nell'ambito dell'attività avviata con il supporto del CERGAS Bocconi, per la definizione di una metodologia di rilevazione sistematica e permanente dei costi associati all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (anche diverse da quelle di laboratorio) nella cd. "FASE B". La scelta di coinvolgere anche la struttura privata Ospedale pediatrico Bambino Gesù deriva dalla necessità di prendere a riferimento una struttura privata di medio-grande dimensione (i volumi si aggirano intorno ai 5 mln di prestazioni l'anno) e, comunque, in possesso di un sistema di contabilità analitica in grado di quantificare i costi per fattore produttivo associato alla singola prestazione di laboratorio.

* Per le strutture U.S.I. e Villa Salus, in realtà, non sono stati raccolti i dati di costo per prestazione di laboratorio erogata, in quanto la prima presentava dei disallineamenti tra i volumi trasmessi e i dati rilevati all'interno del flusso NSIS STS.21, mentre la seconda risulta già coinvolta nella fase B) dello studio di rilevazione dei costi con il CERGAS Bocconi e, pertanto, si è deciso di rinviare a quella fase la rilevazione dei costi della struttura Villa Salus.

La scelta di coinvolgere le seguenti altre 3 strutture pubbliche, oltre a quelle precedentemente coinvolte (P.O. Treviso, A.O. Padova, LUM e Pievesestina):

1. Policlinico Tor Vergata (Roma)
2. A.O. San Giovanni Addolorata (Roma)

Si è proceduto ad applicare un sistema di pesatura che rendesse il campione il più possibile rappresentativo dell'organizzazione produttiva a livello nazionale, coerentemente con la legislazione vigente che prevede di ricalibrare le dimensioni degli enti erogatori a livelli produttivi oltre le 200.000 prestazioni l'anno. I pesi sono stati, pertanto, calcolati sulla base della composizione dei volumi erogati dalle strutture laboratoristiche censite dai modelli ministeriali STS.21, stratificate per natura giuridica (pubblico vs privato) e dimensioni produttive. Nella tabella di seguito (tab.1) sono riportate le strutture stratificate per i volumi di prestazioni erogate e la natura giuridica che hanno costituito la base della ponderazione delle stesse strutture all'interno del campione.

Si segnala che in una prima fase del lavoro di definizione delle tariffe si era optato di escludere i grandi laboratori (> 5 milioni di prestazioni) dal campione, in quanto tali strutture sono attualmente presenti in un numero ristretto di regioni. Successivamente la Commissione, nell'ottica di promuovere una maggiore efficienza organizzativa della rete dei laboratori, ha ritenuto di considerare i laboratori di più grande dimensione nel calcolo della tariffa, ponderando i costi ivi rilevati, con la percentuale del 6,4%, pari alla quota reale di prestazioni erogate sul totale nazionale.

In definitiva, sulla base delle valutazioni operate dalla Commissione, anche nell'ottica di promuovere una maggiore efficienza organizzativa della rete dei laboratori, in considerazione della legislazione vigente che prevede di ricalibrare le dimensioni degli enti erogatori a livelli produttivi oltre le 200.000 prestazioni l'anno, il valore della tariffa è stato ottenuto sulla base dei seguenti passaggi:

1. calcolo del costo medio rappresentativo delle categorie dimensionali: media ponderata per i volumi del costo delle strutture rientranti in ciascuna categoria;
2. calcolo del costo medio complessivo delle strutture comprese nelle fasce da 200 mila a 5 milioni di prestazioni e private oltre i 5 milioni di prestazioni, ponderato per i volumi di ciascuna categoria;
3. calcolo della tariffa: media ponderata tra il valore al punto 2 (peso 93,6%) e il costo medio della categoria dimensionale pubblico oltre i 5 milioni di prestazioni (peso 6,4%).

3.A.O. Perugia (Perugia)

è riconducibile al fatto di introdurre all'interno del panel di rilevazione dei costi anche strutture pubbliche con volumi di attività più rappresentativi del panorama nazionale, laddove la percentuale dei volumi delle strutture pubbliche e private, compresi tra 200.000 e 5 mln di prestazioni di laboratorio annue, rappresenta circa il 90% del totale della produzione resa dalle strutture con volumi superiori alle 200.000 prestazioni. Inoltre, sono strutture che afferiscono a 2 regioni (LAZIO e UMBRIA) designate all'interno della Commissione Tariffe e che dispongono di un sistema di contabilità analitica in grado di quantificare i costi per fattore produttivo associato alla singola prestazione di laboratorio.

Tab. 1 - Stratificazione del campione secondo fasce di volumi e natura giuridica delle strutture di laboratorio analisi

Strato	POPOLAZIONE (TUTTE LE STRUTTURE ACCREDITATE*)		CAMPIONE
	n. prestazioni	% su totale	
PRIVATO < 200M	116.763.057	19,5%	
PRIVATO 200M-500M	38.124.874	6,4%	NAMUR, GAMMA
PRIVATO 500M-1MLN	11.019.119	1,8%	BILOTTA
PRIVATO 1MLN-2MLN	8.561.197	1,4%	BIOS, CSM
PRIVATO 2MLN-5_MLN	8.845.599	1,5%	OPBG
PRIVATO >5_MLN	6.310.041	1,1%	
PUBBLICO < 200M	41.742.390	7,0%	
PUBBLICO 200M-500M	72.308.753	12,1%	
PUBBLICO 500M-1MLN	81.678.072	13,6%	HSG
PUBBLICO 1MLN-2MLN	103.633.006	17,3%	PTV
PUBBLICO 2MLN-5_MLN	71.603.109	12,0%	TREVISO, PERUGIA
PUBBLICO >5_MLN	38.206.754	6,4%	LUM, PIEVE SESTINA, PADOVA
totale	598.795.971	100,0%	

* Fonte: flusso informativo STS 21 - anno 2016

E' stato necessario differenziare la tariffa del prelievo arterioso (cod. 91.48.5) rispetto a quella del prelievo venoso (91.49.2) in quanto, il primo viene solitamente effettuato da personale medico, mentre il secondo tipo di prelievo dal personale infermieristico. Quindi, sulla base dei costi medi rilevati per il prelievo venoso, che risulta essere la prestazione di gran lunga più frequente rispetto al prelievo arterioso, è stata definita la relativa tariffa, mentre per il prelievo arterioso è stata mantenuta la stessa proporzionalità presente nel nomenclatore vigente, con una tariffa più alta giustificata dal fatto che per il prelievo arterioso è richiesto un tempo medico piuttosto che infermieristico.

La SIGU (Società Italiana di Genetica Umana) ha fornito un determinante supporto per la definizione delle tariffe delle prestazioni di **genetica medica**, mettendo a disposizione lo studio puntuale dei costi associati alle prestazioni di genetica che ha coinvolto le regioni Lombardia, Emilia Romagna, Toscana e Liguria, con l'interessamento aggiuntivo di due strutture singole (del Lazio e della Sardegna).

La determinazione delle tariffe delle prestazioni di **medicina fisica e riabilitativa** si è basata su contributi diversi, quali lo studio dei costi elaborato presso l'ASUR Area Vasta 3 (Macerata) fornito dalla regione Marche, l'analisi condotta dall'Università Luiss nel 2014 per la Società scientifica SIMFER (Società Italiana Medicina fisica e riabilitativa) e la stima dei costi effettuata dall'Università Bocconi per la regione Veneto nel 2008.

Attraverso il supporto del CERGAS Bocconi (Università aggiudicatrice di una procedura negoziale condotta dal Ministero della salute) è stata, inoltre, avviata l'attività per la definizione di una metodologia di rilevazione sistematica e permanente dei costi associati all'erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (anche diverse da quelle di laboratorio).

2.2 Tariffe determinate sui valori regionali

Per le prestazioni del nuovo nomenclatore per cui non è stato possibile fruire di una rilevazione puntuale dei costi è stato necessario definire un valore di riferimento basato sui valori tariffari riscontrati all'interno delle 9 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania), selezionate sulla base della dimensione di popolazione, o per l'avanzato sistema di rilevazione dei costi, ovvero per il grado di assorbimento delle prestazioni ricomprese nel NN. Si è scelto di adottare come indicatore statistico il "*valore centrale*", corrispondente alla media aritmetica di: media geometrica (meno influenzata da alti valori), mediana (indicatore robusto rispetto ad eventuali *outlier*), e moda (per evidenziare occorrenze di valori uguali tra regioni). Per misurare la variabilità intorno al valore centrale è stato calcolato il *coefficiente di variazione* (corrispondente al rapporto tra deviazione standard e media aritmetica).

Per le prestazioni caratterizzate da **bassa variabilità regionale** (caratterizzate da un coefficiente di variazione inferiore a 0,20) è stato applicato un algoritmo che prevede di tariffare la prestazione a:

- tariffa vigente, nel caso in cui il valore centrale rispetto alle tariffe regionali risulti compreso tra il valore della tariffa vigente diminuita del 5% ed il valore della tariffa vigente aumentata del 5%;
- valore centrale - 5% della tariffa vigente, nel caso in cui il valore centrale risulti maggiore della tariffa vigente aumentata del 5%;
- valore centrale, nel caso in cui il valore centrale risulti minore della tariffa vigente oppure nel caso in cui non esista una tariffa vigente.

Le restanti prestazioni, definite ad **alta variabilità regionale**, sono state rivisitate ed analizzate unitariamente sulla base anche delle successive indicazioni fornite da parte delle società scientifiche, allo scopo di individuare ed eliminare eventuali anomalie e diversi contenuti delle prestazioni a livello regionale e di pervenire alla determinazione dei corretti valori centrali, ovvero di effettuare delle assimilazioni con altre prestazioni del NN o del NV considerate iso-risorse.

3) Metodo di stima dell'impatto economico di revisione Lea e nuove tariffe

3.1 L'approccio metodologico

L'impatto economico viene stimato attraverso la differenza tra il valore osservato delle prestazioni erogate nel 2018 e il valore simulato delle prestazioni erogabili dal SSN a seguito dell'introduzione del nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale e del corrispondente sistema tariffario. La fonte dei dati è costituita dal flusso informativo nazionale Tessera Sanitaria delle prestazioni ambulatoriali.

La metodologia seguita tende a proiettare i consumi medi rilevati nelle regioni in cui le prestazioni introdotte o modificate dal nuovo nomenclatore sono già offerte, stratificati per tipologia di prestazione, sulle restanti regioni italiane applicando tali consumi ai bacini di utenza specifici per regione e tipologia di prestazione. Coerentemente con la RT del DPCM che ha introdotto la revisione dei nuovi Lea, l'impatto economico lordo, così determinato, viene rettificato per tenere conto della spesa già sostenuta dalle regioni per l'erogazione dei nuovi LEA e mantenuto al lordo dagli eventuali risparmi di spesa che rimarrebbero nella disponibilità delle singole regioni.

3.2 Sistema di classificazione delle prestazioni

La ricorrente non corrispondenza tra le prestazioni descritte nel nuovo nomenclatore nazionale e quelle descritte nei nomenclatori regionali rende necessaria l'aggregazione delle stesse prestazioni in categorie relativamente omogenee. Il sistema di raggruppamento scelto è quello messo a punto da Fadda e Repetto per la Regione Emilia-Romagna e conosciuto con l'acronimo "*FaRe*". Tale metodologia di classificazione delle prestazioni ha la caratteristica saliente di raggruppare le prestazioni basandosi sul criterio dell'omogeneità di processo; è un sistema di classificazione gerarchico articolato su tre livelli di aggregazione, il cui schema è riassunto nel prospetto che segue (tab. 2):

Tab. 2 - Classificazione delle prestazioni ambulatoriali Fa-Re

liv. 1	livello 2	livello 3	codice
diagnostica	Diagnostica con radiazioni	Radiologia tradizionale RX	D11
		Tac	D12
		Diagnostica vascolare	D13
		Medicina nucleare	D14
	Diagnostica senza radiazioni	Ecoografia	D21
		Ecocolordoppler	D22
		Elettromiografia	D23
		Endoscopia	D24
		RM	D25
		Altra diagnostica strumentale	D29
Biopsia	Biopsia	D30	
Altra diagnostica	Altra diagnostica	D90	
laboratorio	Prelievi	Prelievo sangue venoso	L11
		Prelievo sangue arterioso	L12
		Prelievo sangue capillare	L13
		Prelievo sangue microbiologico	L14
		Prelievo citologico	L15
	Chimica clinica	Chimica clinica di base	L21
		Chimica clinica altra	L29
	Ematologia/coagulazione	Ematologia/ coagulazione di base	L31
		Ematologia/ coagulazione altra	L39
	Immunoematologia e trasfusionale	Immunoematologia e trasfusionale di base	L41
Immunoematologia e trasfusionale altra		L49	
Microbiologia/virologia	Microbiologia/ virologia di base	L51	
	Microbiologia/ virologia altra	L59	
Anatomia ed istologia patologica	Anatomia ed istologia patologica	L60	
Genetica/citogenetica	Genetica/ citogenetica	L70	
Riabilitazione	Diagnostiche	Diagnostiche	R10
	Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	Riabilitazione e Rieducazione Funzionale	R20
	Terapia Fisica	Terapia Fisica	R30
	Altra Riabilitazione	Altra Riabilitazione	R40
terapia	Radioterapia	Radioterapia	T10
	Dialisi	Dialisi	T20
	Odontoiatria	Odontoiatria	T30
	Trasfusioni	Trasfusioni	T40
	Chirurgia ambulatoriale	Chirurgia ambulatoriale	T50
		Chirurgia ambulatoriale maggiore	T51
Altre prestazioni terapeutiche	Altre prestazioni terapeutiche	T90	
visite	Prima visita	Prima visita	V10
	Visita di controllo	Visita di controllo	V20

Le prestazioni della classe FaRe *Riabilitazione* sono state analizzate raggruppandole al livello FaRe 1 per la forte prevalenza (in termini di valore), della componente di livello 3 *Riabilitazione e rieducazione funzionale*, unita all'estrema volatilità e lo scarso peso delle restanti componenti.

Inoltre i pacchetti di chemioterapia, presenti in alcune regioni (tra cui la regione Lombardia, facente parte dell'insieme delle regioni benchmark), che rientrerebbero nella classe *T90 (Altre prestazioni terapeutiche)*, sono stati esclusi dal conteggio ai fini della stima dell'impatto, in quanto la tariffa regionale è comprensiva del costo del farmaco. In altri termini, per queste prestazioni che non

possono essere assimilate a quelle inserite nel NN, dal momento che il farmaco utilizzato per la prestazione non rientra nella tariffa corrispondente, il valore atteso è stato ipotizzato come corrispondente del valore osservato.

3.3 Prestazioni extra- LEA rispetto al nuovo nomenclatore e prestazioni eliminate dal nuovo nomenclatore

Prestazioni extra-lea rispetto al nuovo nomenclatore Per prevedere la spesa che consegirà all'approvazione delle tariffe delle prestazioni del nuovo nomenclatore nazionale è necessario escludere dalle simulazioni sui dati 2018 la componente di attività ambulatoriale che non fa parte del nomenclatore stesso (*prestazioni Extra LEA*), nonché il valore delle prestazioni presenti nel previgente nomenclatore ma escluse nel nuovo (*prestazioni eliminate*).

La componente **extra-LEA**, calcolata a seguito del lavoro di assimilazione delle prestazioni presenti nei nomenclatori regionali con quello nazionale, è stata esclusa sia dalla valorizzazione delle prestazioni erogate attualmente dalle regioni (valore osservato), sia dalla valorizzazione delle prestazioni attesa successivamente all'introduzione del nuovo nomenclatore nazionale (valore atteso).

La tabella 3 riporta, a livello complessivo nazionale, la valorizzazione economica delle prestazioni erogate (valore osservato), ripartita per classe FaRe livello 1, prima e dopo l'esclusione della componente extra- LEA rispetto al nuovo nomenclatore; la tabella 4 riporta la stessa valorizzazione a livello di singola Regione.

Tab. 3 - Valore prestazioni al netto extra-LEA			
	valore lordo 2018		
	osservato totale	stima extra-LEA	osservato LEA
	Mln euro	Mln euro	Mln euro
totale	11.527,7	27,9	11.499,8
diagnostica	3.755,4	0,8	3.754,6
laboratorio	2.678,9	3,9	2.675,0
riabilitazione	475,3	5,7	469,6
terapia	3.404,8	12,4	3.392,4
visite	1.104,8	5,1	1.099,7
non riconducibile	108,6	0,0	108,5

Tab. 4 - Valore prestazioni al netto extra-LEA

	valore lordo 2018		
	osservato totale	stima extra- LEA	osservato LEA
	Mln euro	Mln euro	Mln euro
totale	11.527,7	27,9	11.499,8
PIEMONTE	922,4	8,9	913,5
V. AOSTA	26,0	0,4	25,6
LOMBARDIA	2.458,2	3,5	2.454,7
BOLZANO	107,5	1,5	105,9
TRENTO	89,1	0,0	89,1
VENETO	1.103,9	0,2	1.103,7
FRIULI V. G.	301,0	0,0	301,0
LIGURIA	265,4	0,0	265,4
E. ROMAGNA	957,1	0,0	957,1
TOSCANA	720,3	6,0	714,3
UMBRIA	198,7	0,0	198,7
MARCHE	240,7	4,7	236,0
LAZIO	944,7	0,7	944,0
ABRUZZO	207,1	0,0	207,1
MOLISE	72,5	0,0	72,5
CAMPANIA	810,7	0,0	810,7
PUGLIA	641,0	0,4	640,6
BASILICATA	111,4	0,9	110,5
CALABRIA	245,3	0,0	245,3
SICILIA	841,3	0,5	840,7
SARDEGNA	263,5	0,0	263,5

In relazione all'approfondimento effettuato e in considerazione del DPCM Lea e del nuovo nomenclatore, dovranno essere ricondotte al rispetto della normativa vigente le prestazioni extralea eventualmente erogate dalle regioni in piano di rientro.

Prestazioni eliminate dal nuovo nomenclatore e presenti nel vecchio nomenclatore

Sono definite *eliminate* le prestazioni presenti nel vecchio nomenclatore nazionale ma non più contenute nel nuovo nomenclatore nazionale. Ai fini del calcolo dell'impatto economico, sono state mantenute all'interno della valorizzazione delle prestazioni erogate (valori osservati) ma non sono state conteggiate nella determinazione dei valori standard delle quattro regioni benchmark, utilizzati ai fini del calcolo del valore simulato atteso. In altri termini le prestazioni che non figurano nel nuovo nomenclatore, ma erano presenti nel vecchio, sono rendicontate nel consumo attuale ma non lo sono nel consumo atteso in quanto non più presenti nel nuovo nomenclatore.

La tab. 5 riporta accanto alla valorizzazione totale delle prestazioni erogate per classe FaRe livello 1, il corrispondente valore delle prestazioni eliminate, considerando solo le quattro regioni che determinano il valore atteso pro-capite (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana).

Tab. 5 Valore prestazioni eliminate nelle regioni benchmark*		
Classe FaRe liv. 1	valore lordo 2018	
	osservato totale LEA	quota eliminate
	milioni €	milioni €
diagnostica	1.821,8	2,5
laboratorio	1.249,2	9,0
riabilitazione	146,7	21,6
terapia	1.464,4	6,1
visite	483,5	0,0
sconosciuto	64,1	0,0
<i>totale</i>	5.230	39,2
* Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana		

4) Risultati delle simulazioni di impatto 2018

4.1 Determinazione dei nuovi standard di consumo delle prestazioni

La stima del valore atteso del consumo delle prestazioni del nuovo nomenclatore si basa sull'assunzione che, a livello nazionale, tali nuove prestazioni vengano erogate agli stessi livelli pro capite registrati nelle regioni in cui tali prestazioni vengono già offerte. Negli importi pro-capite sono comprese anche le prestazioni che già facevano parte dei LEA ma che, a seguito dell'introduzione di nuove prestazioni o della ridefinizione delle precedenti, potrebbero ragionevolmente risultare modificate nei volumi consumati.

Sono state considerate come *regioni benchmark*, ovvero regioni di riferimento in cui già vengono erogate la maggior parte delle prestazioni del nuovo nomenclatore: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana. Sulla base del flusso informativo TS del 2018, è stata ottenuta la valorizzazione dell'erogato a tariffa regionale, disaggregata per classe FaRe livello 3 (il livello più analitico della classificazione FaRe), escludendo le prestazioni non incluse nel nuovo nomenclatore).

Tali valori, distinti per ognuna delle quattro regioni, sono stati rapportati al numero di assistiti che nel 2018 hanno avuto almeno una prestazione appartenente alla corrispondente classe FaRe livello 2 (livello di analiticità intermedio). Il numero di assistiti è derivato dal conteggio dei codici individuali diversi, presenti all'interno del flusso TS, nell'insieme dei record riconducibili alla stessa classe FaRe/regione. Dal rapporto valore/assistiti è scaturito l'importo medio di spesa pro assistito per classe FaRe e per regione, valorizzato a tariffa regionale.

In definitiva, l'importo pro capite è stato calcolato come rapporto tra valore delle prestazioni erogate, espresse a tariffa regionale e numero di consumatori. Nel conteggio dei consumatori è stato considerato il livello di aggregazione più alto (FaRe livello 2), ovvero una platea più allargata rispetto al numero di utenti coinvolti nel valore al numeratore (FaRe livello 3). Questa formulazione è stata necessaria per cogliere eventuali effetti di sostituzione tra prestazioni appartenenti a tipologie simili, nonché per rendere robusto il denominatore, contenendo l'eventuale volatilità dell'indicatore.

Il passo successivo è stato quello di esprimere gli originali importi di consumo pro capite, - per regione e classe FaRe, valorizzate a tariffe regionali, - in termini di nuove tariffe nazionali; tale operazione è stata eseguita applicando opportuni *coefficienti di normalizzazione*, scaturiti dal rapporto tra valorizzato in termini di tariffe nazionali di codici regionali di prestazioni biunivocamente associabili a codici di prestazioni del nuovo nomenclatore nazionale e l'originario corrispondente valore espresso in tariffe regionali.

A scopo riepilogativo è presentata di seguito la tabella dei coefficienti di normalizzazione per classe FaRe livello 1 (più aggregato rispetto a quello più analitico, livello 3, effettivamente utilizzato nell'algoritmo di calcolo).

La tab. 6 riporta: il numero di prestazioni (codici) considerate per calcolare i coefficienti (corrispondenti alle prestazioni della regione biunivocamente associabili al nuovo nomenclatore nazionale), la valorizzazione complessiva delle stesse a tariffe regionali e la valorizzazione ottenuta moltiplicando i volumi rilevati per le nuove tariffe nazionali; il coefficiente di normalizzazione è dato dal semplice rapporto tra valore complessivo a tariffa nazionale e valore complessivo a tariffa regionale.

Tab. 6 – Coefficienti di normalizzazione per FaRe liv. 1 e Regione per le 4 regioni benchmark

		n. codici prestaz.	valorizzato tariffe regionali	valorizzato nuove tariffe nazionali	coefficiente di normalizzazione
Diagnostica	Lombardia	333	612.547.025	577.270.703	0,9424
	Veneto	473	367.448.124	290.363.326	0,7902
	Emilia Romagna	320	338.904	288.921	0,8525
	Toscana	330	61.914.547	62.362.552	1,0072
Laboratorio	Lombardia	485	114.082.053	99.329.286	0,8707
	Veneto	500	46.283.029	45.142.793	0,9754
	Emilia Romagna	434	7.997.505	7.883.655	0,9858
	Toscana	389	26.733.159	32.734.098	1,2245
Riabilitazione	Lombardia	33	76.422.551	89.069.070	1,1655
	Veneto	31	82.072.713	72.004.673	0,8773
	Emilia Romagna	32	16.149.930	8.808.205	0,5454
	Toscana	12	66.183.838	69.184.317	1,0453
Terapie	Lombardia	282	28.086.920	30.508.207	1,0862
	Veneto	367	84.914	112.409	1,3238
	Emilia Romagna	268	123.383	189.330	1,5345
	Toscana	268	763.608	671.448	0,8793
Visite	Lombardia	50	354.064	463.946	1,3103
	Veneto	56	242.227.294	112.633.950	0,4650
	Emilia Romagna	53	86.857.747	51.529.887	0,5933
	Toscana	9	9.798.765	5.324.380	0,5434

In definitiva, l'aggiustamento dei valori di spesa pro assistito è stato effettuato a livello FaRe 3, applicando i coefficienti di normalizzazione calcolati sulle prestazioni per le quali è stato possibile il confronto tariffario biunivoco tra nomenclatore regionale e nuovo nomenclatore nazionale. In termini più analitici il valore pro-assistito rilevato in ciascuna delle quattro regioni (valorizzato, come da flusso TS, con le tariffe regionali), è stato moltiplicato per il corrispondente coefficiente di normalizzazione specifico della classe Fare livello 3.

A valle del procedimento di normalizzazione, i valori di spesa pro capite specifici delle 4 regioni per classe FaRe, sono stati ponderati per i volumi di ognuna delle quattro regioni, ottenendo quindi l'indicatore medio dell'insieme delle 4 regioni; l'indicatore, definito come *importo medio pro-assistito FaRe standard* viene riportato nell'ultima colonna della tabella successiva (tab. 7). I valori dello stesso indicatore, calcolati per classi Fare livello 3, rappresentano in definitiva l'importo complessivo relativo alle prestazioni riferite alla classe Fare livello 3 sui soggetti che hanno avuto almeno una prestazione rientrante nella corrispondente classe Fa-Re livello 2.

Esemplificando, nella tabella 7 (prima riga di dati), l'importo medio pro-assistito standard della *Radiologia tradizionale Rx* è di 33,64 euro che scaturisce dal rapporto tra valore delle prestazioni di tale categoria (calcolato secondo le nuove tariffe nazionali) e il numero di assistiti a cui è stata erogata almeno una prestazione di *Diagnostica con radiazioni*. Analogamente, la *quantità media prestazioni per 1.000 assistiti* rappresenta la quantità media di esami di Radiologia tradizionale Rx sul numero di assistiti a cui è stata erogata almeno una prestazione di diagnostica con radiazioni (frequenza di 1559 esami su 1.000 assistiti (1,559 pro capite).

La tabella 7 illustra chiaramente come le tariffe nazionali risultino prevalentemente più basse rispetto a quelle attualmente praticate dalle quattro regioni benchmark. Essendo, infatti, con poche eccezioni, i valori

dei coefficienti di normalizzazione inferiori all'unità, ne consegue che il valore complessivo delle prestazioni, espresse in termini di nuove tariffe nazionali tendenzialmente risulterebbe più basso rispetto a quello attualmente determinato dalle tariffe regionali.

Tab. 7 – Importo medio pro-assistito FaRe standard calcolato sulle 4 regioni benchmark

classe Fa-Re liv.1	classe Fa-Re liv.2	classe Fa-Re liv.3	volumi per 1.000 assistiti	importo medio pro assistito
Diagnostica	D. con radiazioni	Radiologia tradizionale RX	1.559	33,64
		Tac	400	44,77
		Diagnostica vascolare	4	0,62
		Medicina nucleare	68	37,27
	D. senza radiazioni	Ecografia	702	28,87
		Ecocolordoppler	330	17,45
		Elettromiografia	286	3,43
		Endoscopia	116	10,93
		RM	246	50,59
	Altra diagnostica strumentale	729	19,35	
Biopsia	Biopsia	1.149	92,58	
Altra diagnostica	Altra diagnostica	1.916	60,40	
Laboratorio	Prelievi	Prelievo sangue venoso	2.293	7,24
		Prelievo sangue arterioso	8	0,05
		Prelievo sangue capillare	10	0,04
		Prelievo sangue microbiologico	54	0,14
		Prelievo citologico	29	0,11
	Chimica clinica	Chimica clinica di base	15.306	26,01
		Chimica clinica	1.780	11,45
	Ematologia/coagulazione	Ematologia/coagulazione di base	2.387	3,37
		Ematologia/coagulazione	415	3,21
	Immunoematologia e trasfusionale	Immunoematologia e trasfusionale di base	1.181	11,63
		Immunoematologia e trasfusionale	909	35,38
	Microbiologia/virologia	Microbiologia/virologia di base	2.321	18,25
Microbiologia/virologia		1.738	52,43	
Anatomia ed istologia patologica	Anatomia ed istologia patologica	2.076	83,16	
Genetica/citogenetica	Genetica/citogenetica	5.660	1.103,24	
Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	8.920	227,74
Terapeutica	Radioterapia	Radioterapia	22.868	4.549,77
	Dialisi	Dialisi	71.846	9.247,67
	Odontoiatria	Odontoiatria	3.375	99,12
	Trasfusioni	Trasfusioni	4.293	339,34
	Chirurgia ambulatoriale	Chirurgia ambulatoriale	965	92,79
		Chirurgia ambulatoriale	358	244,94
	Altre prestazioni terapeutiche	Altre prestazioni terapeutiche	4.383	109,50
Visita	Prima visita	Prima visita	1.774	39,33
	Visita di controllo	Visita di controllo	2.657	43,05

4.2 Valori attesi di consumo delle prestazioni del nuovo nomenclatore tariffario

La determinazione dello standard dei nuovi consumi di prestazioni successivi alla revisione dei LEA consente di pervenire alla stima del valore atteso delle prestazioni in tutte le regioni italiane, simulando contestualmente l'effetto delle modifiche del nomenclatore nazionale e delle nuove tariffe.

In altri termini vengono calcolati, per ogni regione e per ogni classe FaRe, i valori delle prestazioni attesi nell'ipotesi in cui il consumo pro capite standard per classe FaRe (valorizzato a tariffa nazionale), venga applicato al singolo assistito di ogni regione; le stime vengono, pertanto, ottenute moltiplicando i valori di spesa pro assistito standard (derivati dai dati elaborati sulle quattro regioni benchmark, distintamente per classe FaRe livello 3) per il corrispondente numero di assistiti specifico di ogni regione e di ogni classe FaRe livello 2.

Nel caso in cui la quantità osservata di prestazioni pro-capite della regione risulti superiore allo standard (corrispondente alla quantità di prestazioni pro-capite calcolato sulle quattro regioni benchmark), il valore atteso è stato riproporzionato in base al rapporto tra volumi osservati e volumi attesi (per regione e classe FaRe); si ipotizza, vale a dire, che l'introduzione del nuovo nomenclatore non possa portare a decrementi dei volumi già erogati (ad esempio: se il volume osservato è pari a 120 ed il volume atteso è pari a 100, il valore atteso viene incrementato del 20%; se il volume osservato è pari a 90 ed il volume atteso è pari a 100, il volume atteso resta 100)

Nel calcolo appena descritto vengono applicati alcuni opportuni correttivi:

1. **Dialisi.** La stima dell'impatto è stata calcolata indicizzando il valore tariffario regionale delle prestazioni erogate nel 2018 alle nuove tariffe nazionali. In considerazione della disomogeneità dei valori osservati nelle diverse regioni in tale classe FARE e tenuto conto che non sono state introdotte novità sostanziali nel nuovo nomenclatore rispetto al vigente, non è stata applicata la metodologia basata sul valore pro-capite delle regioni benchmark in quanto si ipotizza quindi la costanza del mix di prestazioni già erogate. Per indicizzare il valore osservato alle nuove tariffe nazionali si è proceduto come segue:
 - i. sono state considerate le due prestazioni più rappresentative e prevalenti (39.95.4EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute e 39.95.7 ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute);
 - ii. E' stato calcolato, per ogni regione, il rapporto tra valore economico delle due prestazioni in termini di nuove tariffe nazionali e il valore osservato (espresso quindi in tariffe regionali);
 - iii. Il valore specifico regionale di tale indice è stato moltiplicato per il valore osservato complessivo di tutte le prestazioni assegnate alla classe FaRe *Dialisi* erogate dalla regione corrispondente.
2. **Radioterapia e Riabilitazione.** Il valore atteso viene calcolato moltiplicando il valore standard pro-assistito delle regioni benchmark al numero degli assistiti specifico della regione, senza operare alcun aggiustamento, nel caso di quantità prestazioni erogate pro-assistito superiore al corrispondente valore standard. Ciò in considerazione delle diverse modalità di rendicontazione utilizzate dalle regioni (cicli, singole prestazioni) che non consente di valutare in modo corretto e omogeneo le quantità di sedute di radioterapia e terapia fisica di riabilitazione. Nel procedimento di determinazione dell'impatto, a differenza delle altre tipologie di prestazioni, non entra quindi il conteggio dei volumi.
3. **Chirurgia ambulatoriale.** Per ogni regione, è stato aggiunto al numero di assistiti che nel 2018 ha ricevuto una prestazione ambulatoriale rientrante nella classe FaRe livello 2 Chirurgia ambulatoriale, il numero di pazienti chirurgici dimessi nel 2018 in regime di ricovero ospedaliero diurno, con codice dell'intervento principale ricompreso in una delle prestazioni chirurgiche del nuovo nomenclatore; si è pertanto ipotizzato che l'applicazione dei nuovi LEA comporti uno spostamento di setting assistenziale (dal ricovero diurno al regime ambulatoriale) per alcune prestazioni di tipo chirurgico.
4. **Altre prestazioni terapeutiche** (classe FARE T90). La stima dell'impatto è stata calcolata come nel precedente punto 2. Il raggruppamento FaRe T90 di prestazioni è molto variegato in quanto residuale rispetto a dialisi, radioterapia, odontoiatria, trasfusioni e chirurgia ambulatoriale. Comprende quindi prestazioni disomogenee quali, ad esempio, psichiatria, medicazioni ferite, infusione sostanze chemioterapiche, etc.). Non viene quindi applicato l'aggiustamento calibrato sui volumi, in quanto sarebbe inappropriato sommare quantità di prestazioni così disomogenee.

La somma delle valorizzazioni attese per regione e classe FaRe - determinate come sopra descritto - produce il valore complessivo atteso delle prestazioni al lordo del ticket, che si sarebbe avuto (in base alle prestazioni

rendicontate dal flusso TS 2018, se si applicassero a livello nazionale gli standard dei valori di consumo pro-capite riferibile ai “nuovi Lea” valorizzati adottando le tariffe nazionali oggetto del presente provvedimento.

Confrontando tale valore atteso con il valore osservato, si ottiene lo scostamento lordo simulato sul 2018. Tale scostamento è indicativo della dinamica del peso economico indotta, contestualmente dall’aggiornamento del nomenclatore e dall’adozione delle nuove tariffe nazionali in luogo di quelle attualmente praticate dalle regioni.

Tab. 7 – Variazione del valore lordo per regione di erogazione (dati TS 2018)

	valore lordo totale				
	rilevato flusso TS *	osservato**	atteso	scostamento (a-o)	
	milioni euro	milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale	11.689,4	11.499,8	11.579,7	+ 79,9	+0,69%
PIEMONTE	922,5	913,5	981,2	+ 67,7	+7,4%
VALLE D'AOSTA	26,1	25,6	25,6	- 0,0	-0,0%
LOMBARDIA	2.489,6	2.454,7	2.229,8	- 224,9	-9,2%
PROV. AUTON. BOLZANO	107,6	105,9	119,2	+ 13,3	+12,5%
PROV. AUTON. TRENTO	90,2	89,1	102,8	+ 13,8	+15,4%
VENETO	1.105,4	1.103,7	940,9	- 162,8	-14,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	303,8	301,0	262,4	- 38,6	-12,8%
LIGURIA	265,4	265,4	318,4	+ 53,0	+20,0%
EMILIA ROMAGNA	985,7	957,1	948,4	- 8,7	-0,9%
TOSCANA	723,3	714,3	708,8	- 5,4	-0,8%
UMBRIA	198,8	198,7	194,5	- 4,2	-2,1%
MARCHE	241,0	236,0	258,4	+ 22,4	+9,5%
LAZIO	945,0	944,0	1.058,8	+ 114,8	+12,2%
ABRUZZO	207,2	207,1	237,2	+ 30,1	+14,5%
MOLISE	72,7	72,5	74,7	+ 2,2	+3,0%
CAMPANIA	820,7	810,7	937,7	+ 127,0	+15,7%
PUGLIA	722,5	640,6	648,9	+ 8,3	+1,3%
BASILICATA	111,4	110,5	113,3	+ 2,8	+2,5%
CALABRIA	245,3	245,3	266,6	+ 21,3	+8,7%
SICILIA	841,6	840,7	856,7	+ 16,0	+1,9%
SARDEGNA	263,5	263,5	295,5	+ 32,0	+12,1%

* Includere strutture ACISMOM (totale valore lordo: 20,2 milioni, struttura Puglia non valorizzata)

** esclusi extra LEA, PS, NPI Lombardia; incluse strutture Acismon distribuite per regione di erogazione.

Complessivamente il valore lordo aumenta solo lievemente per il fatto che l’incremento dei volumi erogati indotto dall’inserimento di nuove tipologie di prestazioni LEA, viene compensato dalla dinamica al ribasso delle nuove tariffe nazionali rispetto a quelle attuali regionali (come già rilevato nel paragrafo 4.1).

L’effetto combinato derivante dall’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza e variazione prevalentemente al ribasso delle tariffe, spiega anche la diversa dinamica a livello regionale.

La dinamica è molto differenziata per tipologia di prestazioni. Considerando il livello intermedio di classificazione (FaRe livello 2) la situazione si può riassumere rilevando un deciso incremento della diagnostica (+9,9%) e delle visite (+7,6%) con un decremento delle prestazioni terapeutiche (-12,1%).

Tab. 8 – Impatto lordo simulato per FaRe liv. 2 (dati TS 2018)

		valore lordo totale			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale complessivo		11.499,8	11.579,7	+ 79,9	+0,7%
<i>diagnostica</i>	Totale	3.754,6	4.125,5	+ 370,9	+9,9%
	D. con radiazioni	1.344,6	1.378,1	+ 33,5	+2,5%
	D. senza radiazioni	2.118,4	2.336,1	+ 217,7	+10,3%
	Biopsia	52,2	48,3	- 3,9	-7,4%
	Altra diagnostica	234,9	358,5	+ 123,6	+52,6%
	non riconducibile	4,5	4,5	+ 0,0	+0,0%
<i>laboratorio</i>	Totale	2.675,0	2.720,2	+ 45,2	+1,7%
	Prelievi	153,3	172,4	+ 19,1	+12,5%
	Chimica clinica	1.552,4	904,1	- 648,3	-41,8%
	Ematologia/coagulazione	100,9	64,3	- 36,6	-36,3%
	Immunoematologia e trasfusionale	15,4	24,1	+ 8,7	+56,5%
	Microbiologia/virologia	341,2	452,9	+ 111,7	+32,7%
	Anatomia ed istologia patologica	97,1	186,0	+ 88,9	+91,5%
	Genetica/citogenetica	399,5	901,1	+ 501,6	+125,5%
non riconducibile	15,2	15,2	+ 0,0	+0,0%	
Riabilitazione		469,6	460,1	- 9,5	-2,0%
<i>terapia</i>	Totale	3.392,4	2.982,1	- 410,4	-12,1%
	Radioterapia	622,8	632,3	+ 9,6	+1,5%
	Dialisi	1.153,9	1.070,5	- 83,4	-7,2%
	Odontoiatria	83,6	88,8	+ 5,2	+6,3%
	Trasfusioni	20,3	21,3	+ 1,0	+4,7%
	Chirurgia ambulatoriale	1.138,1	857,5	- 280,6	-24,7%
	Altre prestazioni terapeutiche	359,1	296,9	- 62,2	-17,3%
	non riconducibile	14,7	14,7	+ 0,0	+0,0%
<i>visite</i>	Totale	1.099,7	1.183,3	+ 83,7	+7,6%
	Prima visita	603,2	623,5	+ 20,3	+3,4%
	Visita di controllo	494,8	558,2	+ 63,4	+12,8%
	non riconducibile	1,7	1,7	+ 0,0	+0,0%
non riconducibile		108,5	108,5	+ 0,0	+0,0%

4.3 Partecipazione alla spesa e composizione dell'offerta pubblica-privata

Data l'eterogeneità dei sistemi regionali di compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, si è ritenuto opportuno ipotizzare che la stessa configurazione specifica di ogni regione rimanga costante con l'adozione dei nuovi LEA. Pertanto, si è scelto, in prima battuta, di applicare gli attuali modelli regionali di fissazione del ticket, rilevati empiricamente dai dati TS 2018 (distintamente per classe FaRe), ottenendo una prima valutazione della quota di compartecipazione alla spesa simulata sui valori lordi attesi (precedente paragrafo). Tuttavia, stante la caratteristica prevalente della franchigia intorno ai 36,15 euro del sistema di compartecipazione alla spesa, si è anche tenuto conto del fatto che un aumento delle tariffe di prestazioni contenute in ricette di importo superiore a tale soglia o ad esenti non comporterebbe nessun effetto di aumento del ticket, mentre di converso, una variazione della tariffa in ricette di importo inferiore a 36,15 euro rilasciata a non esenti avrebbe un effetto diretto sulla quota di compartecipazione alla spesa.

La stima è stata, quindi, affinata sterilizzando l'effetto di variazione ticket sulla componente di ricette superiore alla franchigia, prevedendo che la variazione del valore lordo produca una variazione dell'importo ticket solo nella componente di ricette per non esenti e inferiore a 36,15 euro.

Infine, per evitare l'errore di annullare l'effetto sul ticket qualora l'aumento del valore lordo fosse dovuto all'aumento dei volumi erogati, si è posta la condizione per cui la sterilizzazione dell'aumento della quota di compartecipazione (componente ricette maggiore di 36,15 euro) viene ad essere legata unicamente all'aumento delle tariffe e non all'aumento dei volumi erogati.

Il modello di simulazione appena descritto è stato applicato distintamente per il settore pubblico e per il settore privato, in quanto si è ritenuto utile misurare distintamente la variazione del valore atteso al netto ticket riconducibile al settore privato, che costituirebbe un sostanziale minore o maggiore onere che il SSN avrebbe nei confronti di fornitori esterni. Analogamente all'incidenza del ticket, si ipotizza che con l'adozione dei nuovi LEA la quota di erogazione dei privati rimanga invariata per classe FaRe livello 3 e per regione.

Il procedimento di calcolo del ticket e della *quota privati* può avvenire, pertanto, contestualmente ed è sintetizzabile nei seguenti passaggi:

- 1) Definizione dei pesi percentuali delle combinazioni valore lordo-valore ticket, pubblico-privato e regione: ogni peso rappresenta la quota relativa di valore della compartecipazione per classe FaRe livello 3, ripartito per pubblico/privato, sul totale del valore lordo per classe FaRe e regione.
- 2) Stima del valore atteso per ticket, distinto per pubblico e privato, per classe FaRe livello 3 e regione: si ottiene moltiplicando i pesi per il valore lordo atteso.
- 3) Applicazione di correttivi che tengono conto della presenza della franchigia a 36,15 euro. L'aumento o la diminuzione delle tariffe non ha un riflesso proporzionale sulla dinamica dei ticket incassati, sia in ragione della limitazione della franchigia a 36,15 euro, sia in considerazione delle esenzioni per patologie o per condizione economica ed età. Difatti, l'aumento del valore tariffario non produce aumento di gettito ticket se la prestazione figura in una ricetta di valore superiore a 36,15; in questo caso quindi, se l'aumento di valore è dovuto all'aumento della tariffa, va "sterilizzato" l'aumento del ticket nei calcoli della simulazione, limitatamente alle ricette con valorizzato oltre a detta soglia. Se, tuttavia, per effetto dell'introduzione di nuove prestazioni e, quindi, di maggiori volumi, aumenta il valore tariffato di una certa classe di prestazioni, l'effetto sul ticket si riflette anche sulle ricette di valore superiore alla franchigia dei 36,15 euro e, pertanto, la sterilizzazione di cui sopra non va applicata. In definitiva, nella simulazione sui dati 2018, considerando che solo al di sotto della soglia di 36,15 euro una riduzione tariffaria comporta anche una riduzione del ticket, la stima è stata corretta riferendola alle sole ricette di valore inferiore a tale soglia.

La tabella 9 riporta le quote relativizzate al valore lordo totale rilevate dal flusso TS 2018 (la tabella ha solo fini descrittivi ed esemplificativi non influenzando direttamente sulla determinazione delle stime). Nel procedimento di stima delle quote pubblico/privato del valore lordo e del ticket atteso corrispondente alle prestazioni del nuovo nomenclatore vengono mantenute le quote percentuali osservate nel contesto antecedente all'implementazione dei nuovi Lea, e calcolate distintamente per regione e per classe FaRe 3.

In altri termini si mantiene costante la composizione pubblico/privato e l'incidenza ticket pubblico/privato, analiticamente per classe FaRe (livello 3) e regione.

Ad esempio, se per una certa regione e classe FaRe livello 3, fatto 100 il valore tariffato lordo osservato e 200 il valore atteso lordo, qualora dal flusso TS la quota di produzione da privato risultasse pari a 20, la quota ticket incassata da pubblico pari a 10 e la quota incassata da privato pari a 5, le stesse quote attese risulterebbero, nell'ordine, pari a 40, 20 e 10.

Tab. 9 - Quote produttive e compartecipazione alla spesa per natura giuridica dell'erogatore

	quota privato su valore lordo totale	quota ticket privato su valore lordo totale	quota ticket pubblico su valore lordo totale
totale	33,6%	4,9%	13,5%
PIEMONTE	24,3%	4,8%	15,2%
VALLE D'AOSTA	5,4%	2,0%	20,3%
LOMBARDIA	46,4%	8,6%	7,8%
PROV. AUTON. BOLZANO	6,1%	0,5%	14,3%
PROV. AUTON. TRENTO	25,6%	5,6%	18,1%
VENETO	26,4%	4,4%	14,2%
FRIULI VENEZIA GIULIA	20,9%	4,0%	13,2%
LIGURIA	10,2%	4,4%	27,1%
EMILIA ROMAGNA	15,7%	4,7%	17,3%
TOSCANA	10,3%	2,1%	37,4%
UMBRIA	5,5%	0,8%	14,9%
MARCHE	21,7%	2,8%	17,0%
LAZIO	25,2%	2,9%	13,2%
ABRUZZO	18,6%	4,2%	22,6%
MOLISE	62,2%	4,2%	5,1%
CAMPANIA	78,8%	7,6%	11,4%
PUGLIA	21,6%	2,0%	7,7%
BASILICATA	28,2%	3,6%	9,6%
CALABRIA	32,4%	2,2%	7,3%
SICILIA	60,8%	3,9%	4,9%
SARDEGNA	31,5%	3,8%	9,7%

Come descritto nel punto 3 della procedura di stima della componente ticket, per determinare la componente corrispondente alle ricette con valore inferiore a 36,15 non esenti, è stata calcolata per regione e per classe FaRe l'incidenza dell'importo ticket imputato a queste ricette sul totale dell'importo ticket, distinguendo il settore pubblico da quello privato.

Nel caso in cui l'aumento del valorizzato non corrispondeva ad un aumento di volumi di prestazioni, l'aumento del ticket è stato riproporzionato interamente, senza distinguere quindi tra ricette con valore inferiore o superiore a 36,15 euro.

Sono di seguito riportati (tabella 10), a mero titolo illustrativo per classe Fare livello 2, le incidenze percentuali della componente del valore della compartecipazione associata a ricette con importo inferiore alla soglia della franchigia (36,15 euro). Nella procedura utilizzata all'interno del modello simulativo, le incidenze sono stata calcolate in relazione ai dati disaggregati per regione e per classe Fa-Re livello 3.

Tab. 10 – Incidenza ticket relativo a ricette di importi inferiori a 36,15 euro

		incidenza ticket associato a ricette con valore inferiore a 36,15 euro su totale ticket	
		erogatori privati	erogatori pubblici
totale complessivo		34,9%	59,2%
<i>diagnostica</i>	D. con radiazioni	31,6%	42,6%
	D. senza radiazioni	11,2%	23,4%
	Biopsia	8,6%	17,5%
	Altra diagnostica non riconducibile	63,8%	74,3%
		0,1%	0,6%
<i>laboratorio</i>	Prelievi	73,3%	79,0%
	Chimica clinica	54,8%	62,2%
	Ematologia/coagulazione	57,7%	61,4%
	Immunoematologia e trasfusionale	35,9%	47,2%
	Microbiologia/virologia	43,2%	50,1%
	Anatomia ed istologia patologica	38,0%	46,0%
	Genetica/citogenetica	0,2%	1,5%
	non riconducibile	26,7%	17,0%
Riabilitazione		5,6%	31,1%
<i>terapie</i>	Radioterapia	0,9%	0,6%
	Dialisi	1,0%	10,7%
	Odontoiatria	8,3%	44,2%
	Trasfusioni	64,5%	19,3%
	Chirurgia ambulatoriale	6,6%	26,7%
	Altre prestazioni terapeutiche	6,1%	41,6%
	non riconducibile	0,3%	10,4%
		0,3%	10,4%
<i>visite</i>	Prima visita	95,1%	93,6%
	Visita di controllo	93,5%	95,7%
	non riconducibile	27,9%	23,0%
non riconducibile		23,1%	33,4%

Le tabelle successive (tabelle 11 e 12) riportano la stima degli effetti sugli incassi da ticket derivanti dall'introduzione del nuovo nomenclatore e del nuovo sistema tariffario per classe FaRe livello 2 e per Regione. Il nuovo scenario porterebbe a un aumento complessivo del ticket del 4,5% a livello nazionale (+94,4 milioni). La dinamica è assai differenziata per tipologia di prestazione. Vanno infatti in controtendenza le tipologie di prestazioni in cui domina la riduzione delle tariffe sull'inserimento di nuove prestazioni (es. per gli esami di laboratorio di chimica clinica si prevede, una flessione dell'importo ticket pari al 16,9% rispetto ai valori attuali).

Tab. 11 – Stima effetti introduzione NN su incassi ticket per FaRe liv.2

		ticket			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale complessivo		2.115,7	2.210,1	+ 94,4	+4,5%
<i>diagnostica</i>	Totale	759,5	841,4	+ 81,9	+10,8%
	D. con radiazioni	217,8	208,8	- 9,0	-4,1%
	D. senza radiazioni	452,4	491,7	+ 39,3	+8,7%
	Biopsia	10,1	10,4	+ 0,4	+3,9%
	Altra diagnostica non riconducibile	78,7	130,0	+ 51,3	+65,1%
		0,4	0,4	+ 0,0	+0,0%
<i>laboratorio</i>	Totale	732,4	717,0	- 15,5	-2,1%
	Prelievi	44,5	46,9	+ 2,3	+5,3%
	Chimica clinica	519,8	432,0	- 87,8	-16,9%
	Ematologia/coagulazione	27,9	24,3	- 3,6	-12,7%
	Immunoematologia e trasfusionale	1,8	3,2	+ 1,4	+75,7%
	Microbiologia/virologia	85,1	107,0	+ 21,9	+25,7%
	Anatomia ed istologia patologica	37,1	69,0	+ 31,9	+85,9%
	Genetica/citogenetica non riconducibile	13,8	32,2	+ 18,4	+134,0%
	2,5	2,5	+ 0,0	+0,0%	
Riabilitazione		43,7	46,8	+ 3,1	+7,1%
<i>terapia</i>	Totale	128,4	121,0	- 7,4	-5,8%
	Radioterapia	2,3	2,8	+ 0,5	+19,4%
	Dialisi	8,6	7,6	- 1,0	-11,9%
	Odontoiatria	10,7	11,8	+ 1,1	+9,9%
	Trasfusioni	0,9	0,9	+ 0,0	+4,9%
	Chirurgia ambulatoriale	54,9	48,3	- 6,6	-12,0%
	Altre prestazioni terapeutiche non riconducibile	49,9	48,5	- 1,4	-2,8%
		1,1	1,1	+ 0,0	+0,0%
<i>visite</i>	Totale	450,2	482,5	+ 32,3	+7,2%
	Prima visita	296,8	307,4	+ 10,5	+3,6%
	Visita di controllo non riconducibile	153,2	175,0	+ 21,7	+14,2%
		0,1	0,1	+ 0,0	+0,0%
non riconducibile		1,5	1,5	+ 0,0	+0,0%

Tab. 12 – Stima effetti introduzione NN su incassi ticket per Regione

	ticket			
	osservato	atteso	scostamento (a-o)	
	milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale	2.115,7	2.210,1	+ 94,4	+4,5%
PIEMONTE	182,4	190,5	+ 8,2	+4,5%
VALLE D'AOSTA	5,7	6,2	+ 0,5	+8,2%
LOMBARDIA	402,5	381,2	- 21,3	-5,3%
PROV. AUTON. BOLZANO	15,6	17,4	+ 1,8	+11,3%
PROV. AUTON. TRENTO	21,2	23,8	+ 2,7	+12,7%
VENETO	205,1	197,9	- 7,2	-3,5%
FRIULI VENEZIA GIULIA	52,0	48,2	- 3,8	-7,3%
LIGURIA	83,5	93,9	+ 10,3	+12,4%
EMILIA ROMAGNA	210,3	219,4	+ 9,1	+4,3%
TOSCANA	281,7	287,7	+ 6,0	+2,1%
UMBRIA	31,2	32,0	+ 0,8	+2,5%
MARCHE	46,8	51,7	+ 4,9	+10,4%
LAZIO	152,4	167,6	+ 15,2	+10,0%
ABRUZZO	55,4	63,7	+ 8,3	+15,0%
MOLISE	6,8	8,3	+ 1,5	+22,8%
CAMPANIA	154,0	185,4	+ 31,4	+20,4%
PUGLIA	62,0	67,8	+ 5,8	+9,4%
BASILICATA	14,7	16,4	+ 1,7	+11,5%
CALABRIA	23,1	27,7	+ 4,5	+19,6%
SICILIA	73,7	83,0	+ 9,4	+12,7%
SARDEGNA	35,5	40,1	+ 4,6	+13,1%

4.4 Stima dell'impatto economico a carico del SSN a livello nazionale

L'impatto economico complessivo nazionale risulta dalla differenza tra:

- valore atteso, al netto ticket, derivante dell'effetto congiunto dell'inserimento nel nomenclatore nazionale di nuove prestazioni LEA e le variazioni tariffarie di tutte le prestazioni rispetto alle tariffe attuali praticate dalle regioni;
- valore osservato. Al netto ticket, delle prestazioni LEA erogate nel 2018, rendicontate nel flusso TS.

La differenza comprende le possibili compensazioni tra valori di segno diverso delle regioni.

L'impatto economico, come appena definito, sarebbe disegno negativo (-14,6 milioni). Come osservabile nella successiva tabella 13, il valore nazionale dell'impatto scaturisce dalla dinamica opposta tra le regioni che già erogano tutte le prestazioni incluse nel nuovo nomenclatore, in cui si fa sentire solo l'effetto delle variazioni delle tariffe e le regioni in cui domina la componente di aumento della spesa dovuta all'introduzione di nuove prestazioni, in parte compensate dalle variazioni negative delle nuove tariffe.

Tab. 13 - Stima impatto al netto di ticket per Regione

	valore netto totale			
	osservato*	atteso	scostamento (a-o)	
	milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale	9.384,2	9.369,6	- 14,6	-0,2%
PIEMONTE	731,1	790,7	+ 59,5	+8,1%
VALLE D'AOSTA	19,9	19,4	- 0,5	-2,4%
LOMBARDIA	2.052,2	1.848,5	- 203,6	-9,9%
PROV. AUTON. BOLZANO	90,3	101,8	+ 11,5	+12,7%
PROV. AUTON. TRENTO	67,9	79,0	+ 11,1	+16,3%
VENETO	898,6	743,0	- 155,6	-17,3%
FRIULI VENEZIA GIULIA	249,0	214,1	- 34,8	-14,0%
LIGURIA	181,8	224,5	+ 42,7	+23,5%
EMILIA ROMAGNA	746,8	729,0	- 17,8	-2,4%
TOSCANA	432,6	421,1	- 11,5	-2,7%
UMBRIA	167,5	162,5	- 5,0	-3,0%
MARCHE	189,2	206,7	+ 17,5	+9,3%
LAZIO	791,6	891,1	+ 99,6	+12,6%
ABRUZZO	151,7	173,4	+ 21,7	+14,3%
MOLISE	65,7	66,4	+ 0,6	+1,0%
CAMPANIA	656,7	752,3	+ 95,7	+14,6%
PUGLIA	578,6	581,0	+ 2,4	+0,4%
BASILICATA	95,8	96,9	+ 1,1	+1,1%
CALABRIA	222,2	238,9	+ 16,7	+7,5%
SICILIA	767,0	773,7	+ 6,7	+0,9%
SARDEGNA	228,0	255,4	+ 27,4	+12,0%

Come più volte sottolineato, l'impatto deriva sia dall'aggiornamento del nomenclatore (che ha comportato nuovi inserimenti, passaggi di setting da regime di ricovero DH, o ridefinizione delle prestazioni già presenti nel precedente nomenclatore). La dinamica tra osservato e atteso è, pertanto, necessariamente diversa per tipologia di prestazione. Le differenze si sovrappongono sostanzialmente a quelle già descritte per il valore tariffario lordo: forte riduzione nella categoria degli esami di laboratorio (marcatamente per la chimica clinica) e incremento della diagnostica (vedi tabella 14).

Tab. 14 – Stima impatto al netto di ticket per FaRe liv.2

		valore netto totale			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale complessivo		9.384,2	9.369,6	- 14,6	-0,2%
<i>diagnostica</i>	Totale	2.995,1	3.284,1	+ 289,0	+9,6%
	D. con radiazioni	1.126,8	1.169,3	+ 42,5	+3,8%
	D. senza radiazioni	1.665,9	1.844,4	+ 178,5	+10,7%
	Biopsia	42,1	37,8	- 4,3	-10,1%
	Altra diagnostica	156,2	228,5	+ 72,3	+46,3%
	non riconducibile	4,1	4,1	+ 0,0	+0,0%
<i>laboratorio</i>	Totale	1.942,6	2.003,2	+ 60,6	+3,1%
	Prelievi	108,8	125,5	+ 16,8	+15,4%
	Chimica clinica	1.032,6	472,2	- 560,4	-54,3%
	Ematologia/coagulazione	73,0	39,9	- 33,1	-45,3%
	Immunoematologia e trasfusionale	13,6	20,9	+ 7,3	+53,8%
	Microbiologia/virologia	256,1	345,9	+ 89,9	+35,1%
	Anatomia ed istologia patologica	60,0	117,0	+ 57,0	+95,0%
	Genetica/citogenetica	385,8	868,9	+ 483,2	+125,2%
	non riconducibile	12,8	12,8	+ 0,0	+0,0%
Riabilitazione		425,9	413,3	- 12,6	-3,0%
<i>terapia</i>	Totale	3.264,0	2.861,1	- 403,0	-12,3%
	Radioterapia	620,4	629,5	+ 9,1	+1,5%
	Dialisi	1.145,3	1.062,9	- 82,4	-7,2%
	Odontoiatria	72,8	77,0	+ 4,2	+5,8%
	Trasfusioni	19,4	20,3	+ 0,9	+4,7%
	Chirurgia ambulatoriale	1.083,2	809,1	- 274,0	-25,3%
	Altre prestazioni terapeutiche	309,2	248,4	- 60,8	-19,7%
	non riconducibile	13,7	13,7	+ 0,0	+0,0%
<i>visite</i>	Totale	649,5	700,8	+ 51,4	+7,9%
	Prima visita	306,4	316,1	+ 9,8	+3,2%
	Visita di controllo	341,6	383,2	+ 41,6	+12,2%
	non riconducibile	1,5	1,5	+ 0,0	+0,0%
non riconducibile		107,1	107,1	+ 0,0	+0,0%

4.5 Stima dell'impatto effettivo a carico dei Servizi sanitari regionali

Considerando che l'eventuale minor costo sulle regioni con segno negativo determinerebbe un risparmio di risorse che restano, in ogni caso, in capo alla regione che lo ha determinato, in quanto non viene previsto che i risparmi di alcune regioni siano trasferiti alle regioni con maggiori costi, al fine di ottenere una reale compensazione, ne discende che il costo effettivo deve essere computato considerando solo i valori regionali di segno positivo.

Inoltre, coerentemente con la metodologia di valutazione dei costi seguita per la valutazione d'impatto dei Nuovi LEA, ai valori corrispondenti alle regioni che devono sostenere maggiori spese per l'introduzione di nuove prestazioni specialistiche, va comunque detratta la quota di valore corrispondente alle nuove prestazioni Lea già erogate nelle stesse regioni.

In definitiva per la stima del calcolo della maggiore spesa prodotta dall'effetto congiunto si è proceduto come segue:

- 1) Calcolo degli importi regionali di variazione del valore delle prestazioni al netto ticket simulati sui dati del flusso TS 2018 basato sulla proiezione dei consumi pro-assistito rilevato nelle regioni dove i nuovi LEA di fatto sono già erogati.
- 2) Azzeramento dei risparmi di spesa delle regioni con valore atteso inferiore rispetto all'osservato
- 3) Detrazione in corrispondenza delle restanti regioni della quota di valore associata a nuove prestazioni Lea già erogate, azzerando i valori delle regioni con scostamenti negativi.
- 4) Il risultato è ciò che abbiamo definito valore a carico dei servizi sanitari regionali che corrisponde a un valore complessivo di 308,5 milioni di euro.

Tab. 15 – Stima impatto complessivo specialistica

	scostamento valore netto ticket atteso - valore netto ticket osservato	scostamen ti positivi valore netto	prestazion i già erogate	prestazioni già erogate solo scostament i positivi	Impatto effettivo sui SSR
totale	- 14,6	+ 414,3	+ 579,3	+ 147,9	+ 308,5
PIEMONTE	+ 59,5	+ 59,5	+ 78,9	+ 78,9	+ 0,0
VALLE D'AOSTA	- 0,5	+ 0,0	+ 2,4	+ 0,0	+ 0,0
LOMBARDIA	- 203,6	+ 0,0	+ 208,4	+ 0,0	+ 0,0
PROV. AUTON. BOLZAN	+ 11,5	+ 11,5	+ 2,5	+ 2,5	+ 9,0
PROV. AUTON. TRENTO	+ 11,1	+ 11,1	+ 3,7	+ 3,7	+ 7,4
VENETO	- 155,6	+ 0,0	+ 101,5	+ 0,0	+ 0,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	- 34,8	+ 0,0	+ 19,7	+ 0,0	+ 0,0
LIGURIA	+ 42,7	+ 42,7	+ 3,9	+ 3,9	+ 38,8
EMILIA ROMAGNA	- 17,8	+ 0,0	+ 27,0	+ 0,0	+ 0,0
TOSCANA	- 11,5	+ 0,0	+ 57,0	+ 0,0	+ 0,0
UMBRIA	- 5,0	+ 0,0	+ 15,4	+ 0,0	+ 0,0
MARCHE	+ 17,5	+ 17,5	+ 18,3	+ 18,3	+ 0,0
LAZIO	+ 99,6	+ 99,6	+ 5,9	+ 5,9	+ 93,7
ABRUZZO	+ 21,7	+ 21,7	+ 1,3	+ 1,3	+ 20,4
MOLISE	+ 0,6	+ 0,6	+ 3,0	+ 3,0	+ 0,0
CAMPANIA	+ 95,7	+ 95,7	+ 0,1	+ 0,1	+ 95,6
PUGLIA	+ 2,4	+ 2,4	+ 4,7	+ 4,7	+ 0,0
BASILICATA	+ 1,1	+ 1,1	+ 4,2	+ 4,2	+ 0,0
CALABRIA	+ 16,7	+ 16,7	+ 0,0	+ 0,0	+ 16,7
SICILIA	+ 6,7	+ 6,7	+ 21,0	+ 21,0	+ 0,0
SARDEGNA	+ 27,4	+ 27,4	+ 0,3	+ 0,3	+ 27,1

La tab. 15 riporta la stima dell'impatto complessivo legato all'introduzione del Nuovo Nomenclatore di specialistica ambulatoriale (stima basata sui dati da flusso TS anno 2018): distinto per regione.

Pur nei limiti dei dati disponibili per stimare l'impatto complessivo dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni definite nel presente decreto e della revisione dei LEA, i risultati delle analisi valutative svolte ed illustrate nelle pagine precedenti portano a ritenere tale impatto compatibile sia con l'attuale livello di spesa sostenuto dal sistema, sia con il quadro economico-finanziario esistente.

B) Assistenza protesica

1. La definizione dell'ambito di intervento: dal Nomenclatore ex DM 332/99 al Nomenclatore ex DPCM LEA 2017

Il Nomenclatore approvato con il DM n. 332 del 1999 include nell'Elenco 1 sia dispositivi su misura sia quelli in serie predisposti e per entrambi sono previste le tariffe per la remunerazione dei fornitori. In particolare, i primi sono definiti come “[...] quelli costruiti singolarmente sulla base della prescrizione medica per essere applicati ed utilizzati solo da un determinato paziente, secondo metodi che prevedono sempre la rilevazione di grafici, misure e/o calchi anche quando nella lavorazione sono utilizzate parti o componenti di serie.”. I secondi, invece, sono “[...] quelli con caratteristiche polifunzionali costruiti con metodi di fabbricazione continua o in serie, che comunque necessitano di essere individuati e personalizzati tramite modifiche, successivamente adattati secondo la prescrizione del medico, per soddisfare una esigenza specifica del paziente cui sono destinati.”

Il nuovo Nomenclatore approvato nell'ambito del DPCM LEA 2017 modifica tale approccio stabilendo che si definiscono "su misura" i dispositivi fabbricati appositamente in base alla prescrizione redatta da un medico specialista. I dispositivi fabbricati con metodi di fabbricazione continua o in serie che devono essere successivamente adattati, per soddisfare una specifica esigenza dell'assistito mediante una necessaria personalizzazione attestata dal medico, non sono considerati "su misura" (art. 1, comma 2, *lett. d*) D.lgs. 24 febbraio 1997, n. 46). In base a tale inquadramento, si è stabilito di trasferire alcuni dispositivi in serie inclusi e descritti nell'Elenco 1 del precedente Nomenclatore nell'attuale Elenco 2a dell'Allegato 5 denominato "Ausili di serie che richiedono la messa in opera da parte del tecnico abilitato".

In seguito al diverso approccio nella definizione dei prodotti "su misura" utilizzato nell'ambito del nuovo Nomenclatore), è stato svolto un lavoro di transcodifica tra l'Elenco 1 dell'Allegato 5 della bozza del DPCM sui LEA del luglio 2016 «AUSILI SU MISURA» e successive modifiche e l'Elenco 1 dell'Allegato 1 della seconda parte del DM 332/99, ossia i dispositivi su misura. In particolare, sono stati omessi tutti i dispositivi fruibili con un intervento di personalizzazione, trasferiti negli Elenchi 2a, 2b e 2c dell'Allegato 5 nel nuovo DPCM LEA. Ci si riferisce in particolare a:

- 03.12.06 *Ventriere costruite su misura*
- 06.03.12 *Ortesi cervicali*
- 06.33.03 *Calzature ortopediche di serie*
- 03.48 *Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio*
- 12.18 *Tricicli a pedale*
- 12.21 *Carrozze ad autospinta*
- 12.27 *Veicoli*
- 18.09 *Ausili per la posizione seduta*
- 21.45 *Apparecchi acustici*

Si è quindi ottenuto il risultato riportato nella seguente Figura 1 che indica il cambiamento avvenuto in termini di classi di dispositivi inclusi tra quelli "su misura", ossia inseriti nell'Elenco 1, con i relativi codici identificativi di secondo livello.

Figura 1. Classi dispositivi presenti nell'Elenco 1: Nomenclatore DM 332/99 (sinistra) e Nomenclatore DPCM LEA 2017 (destra)

Codice 2° livello	Classe
03.12	Ortesi spinali
06.03	
06.06	Ortesi per arto superiore
06.12	Ortesi per arto inferiore
06.18	Protesi di arto superiore
06.24	Protesi di arto inferiore
06.27	
06.33	Calzature
03.48	Rieducazione di movimento, forza, equilibrio
03.78	Stabilizzatore deambulatore in posizione eretta
12.18	Tricicli a pedale
12.21	Carrozze ad autospinta
12.24	
12.27	Veicoli
18.09	Ausili per la posizione seduta
06.30	Protesi oculari
21.03	Ausili ottici
21.45	Apparecchi acustici



Classe 2° livello	Classe
06.03	Ortesi spinali
06.06	Ortesi per arto superiore
06.12	Ortesi per arto inferiore
06.18	Protesi di arto superiore
06.24	Protesi di arto inferiore
06.33	Calzature
04.06	Ausili per terapie individuali
06.30	Protesi oculari
12.27	Ausili per la mobilità personale
18.09	Ausili per adattamento della casa e altri ambienti
22.03	Ausili ottici

È stata esclusa, inoltre, da ogni Elenco del Nomenclatore la classe degli ausili per la terapia dell'ernia (ausili addominali) e sono state, invece, incluse quelle degli ausili per la terapia circolatoria e un gruppo di dispositivi per l'adattamento della casa e altri ambienti. Tale revisione dell'Elenco 1 relativo ai dispositivi "su misura" ha portato il numero dei codici da 1315 a 1063, comportando una diminuzione sensibile del numero di prodotti (200 nel nuovo Elenco) e più contenuta di aggiuntivi (314) e riparazioni (549).

Tabella 1. Distribuzione dei 1063 codici dell'Elenco 1 dispositivi "su misura" dell'Allegato 5 del DPCM LEA per classi di codifica e tipologia

Classe 2° livello	Classe	Aggiuntivi	Prodotto	Riparazioni	Totale
06.03	Ortesi spinali	39	39	87	165
06.06	Ortesi arto superiore	13	15	25	53
06.12	Ortesi arto inferiore	52	42	68	162
06.18	Protesi arto superiore	14	39	160	213
06.24	Protesi arto inferiore	52	55	179	286
06.33	Calzature	17	25	6	48
Sub totale		187	215	525	927
04.06	Ausili per terapie individuali	0	6	0	6
06.30	Protesi oculari	5	9	4	18
12.27	Ausili per la mobilità personale	8	2	0	10
18.09	Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	0	6	3	9
22.03	Ausili ottici	0	76	17	93
Totale		200	314	549	1.063

In estrema sintesi, da un confronto del Nomenclatore DM 332/99 e del Nomenclatore DPCM LEA si evidenziano i seguenti cambiamenti:

- Sono stati trasferiti dei prodotti dall'Elenco «su misura» all'Elenco «in serie»;

- Sono stati eliminati alcuni prodotti;
- Sono stati «pacchettizzati» dei prodotti con i relativi aggiuntivi necessari per la loro composizione e funzionalità;
- Sono stati inseriti dei nuovi prodotti con i relativi aggiuntivi e riparazioni.

Nella prospettiva di questo lavoro, si ritiene utile approfondire due dei precedenti cambiamenti sopra elencati.

Il primo aspetto riguarda l'individuazione, attraverso l'analisi di transcodifica condotta dal Ministero, di 44 nuovi dispositivi con codici non riconducibili al Nomenclatore 332/99 e alle relative tariffe e per cui non sono disponibili indicazioni di costo da parte delle associazioni di categoria:

- 04.06.06.003/006/009/012/015/018 (prodotto): guaine per arto superiore e inferiore per pressione circolatoria
- 06.03.09.074/080 (prodotto): tre nuovi tipi di corsetto 1) corsetto P.A.S.B. (progressive action short brace); 2) corsetto sforzesco.
- 06.06.13.015/018 (prodotto): ortesi tipo tenodesi: funzionale all'estensione del polso; ortesi tipo tenodesi: funzionale per opposizione e presa 1° - 2° - 3° dito
- 06.12.18.006/009/012/015 (prodotto): tutore *Reciprocating Gait Orthosis* (bacino-coscia-gamba-piede); tutore *Reciprocating Gait Orthosis Isocentric* (bacino-coscia-gamba-piede); tutore pediatrico *Advanced Reciprocating Gait Orthosis* (bacino-anca-coscia-piede); tutore *Advanced Reciprocating Gait Orthosis* (bacino-anca-coscia-piede)
- 06.024.09.036/039/042/045 (prodotto): protesi transtibiale endoscheletrica (o modulare) senza cosciale con moduli di acciaio; protesi transtibiale; protesi transtibiale endoscheletrica senza cosciale con moduli di titanio; protesi transtibiale endoscheletrica (o modulare) da bagno (anche in acqua marina)
- 06.24.12.006/009/012 (prodotto): protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio articolato libero in lega leggera, moduli in titanio, piede rigido; protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio articolato libero in titanio, moduli in titanio, piede rigido; protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio con bloccaggio manuale in acciaio, moduli in acciaio, articolazione del piede in acciaio.
- 06.24.15.012...081 (prodotto): tutte le tipologie di protesi transfemorali
- 06.24.21.006/012/024/027 (prodotto): protesi endoscheletriche per la disarticolazione dell'anca.
- 06.24.91./124/248/251/254/257/260/336 (aggiuntivi): piede dinamico; sistema ipobarico passivo, sistema ipobarico attivo (M); compensatore torsionale in elastomero (M); compensatore torsionale meccanico con frizione registrabile (M)
- 18.09.21.009/012/015/018/021/024 (prodotto): moduli posturali per le varie parti del corpo
- 06.30.90.045 impostazione cavitaria per protesi oculare (in caso di prima fornitura o di modifica della precedente per la serie di protesi in vetro e per protesi in resina)
- 22.03.06.403 (prodotto) lente oftalmica positiva o negativa per ingrandire (o ridurre) la visione della protesi oculare inserita volta a migliorare la simmetria

Da questa lista emerge come vi sia un nucleo consistente di nuovi dispositivi tra le protesi degli arti inferiori (ad esempio, le protesi transtibiali e transfemorali): questi, in realtà, non sono stati ricondotti ai codici del previgente nomenclatore in quanto è avvenuta una significativa innovazione di materiale (in particolare titanio e carbonio) rispetto a una o più delle sue componenti (ad esempio, 06.24.09.039 "protesi transtibiale endoscheletrica senza cosciale con moduli di titanio" oppure 06.24.21.006 "protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomy con ginocchio policentrico in titanio o in lega leggera ad alta

resistenza, struttura tubolare in lega leggera ad alta resistenza o fibre ad alta resistenza con moduli di collegamento in titanio o in lega leggera ad alta resistenza”).

Diverso è invece il caso delle ortesi degli arti inferiori dove si è avuta una vera e propria evoluzione nell’ambito dei tutori come nel caso del codice 06.12.18.012 a cui corrisponde il tutore *Advanced Reciprocating Gait Orthosis* (bacino-anca-coscia-piede). Vi sono poi degli aggiuntivi di protesi degli arti inferiori che rappresentano un’ulteriore innovazione di prodotto da inserire nella loro costruzione quali ad esempio il “piede dinamico a restituzione d'energia per assistiti con livello di attività alto [K3 - K4]” (codice prestazione 06.24.91.124).

Altra situazione è poi quella relativa alla classe degli ausili per la pressione circolatoria: si tratta di un dispositivo utilizzato sia da pazienti che hanno subito interventi di mastectomia sia da pazienti affetti da linfedema primario cronico (codice pat. rara RGG020) per cui il prodotto di serie non è utilizzabile e si necessita invece della versione su misura.

Il secondo elemento da considerare riguarda principalmente i prodotti per gli arti inferiori e superiori la cui descrizione nel nuovo nomenclatore contiene anche un dettagliato elenco degli aggiuntivi necessari per modificare/integrare funzionalmente la configurazione standard del prodotto, determinando così una sorta di processo di “pacchettizzazione” (ad esempio, 06.18.18.003 “protesi endoscheletrica per disarticolazione di spalla: costituita da una invasatura di accoglimento della spalla con relativo bretellaggio di sospensione, moduli di collegamento in lega leggera con articolazione sferica alla spalla, articolazione libera al gomito con bloccaggio, articolazione di intra e extra rotazione passiva, polso fisso, estetizzazione morbida con calza di rivestimento”). É una modalità di concepire il codice del nomenclatore mirata a supportare il clinico prescrittore, il paziente e il costruttore nelle fasi di prescrizione, ordine e fornitura del prodotto. Si tratta, tuttavia, di una soluzione che richiede anche un’approfondita contezza delle procedure di costruzione al fine di disporre di tutte le informazioni necessarie sia alla transcodifica dei codici tra il nuovo nomenclatore e il precedente sia rispetto alla costruzione delle tariffe.

2. La stima dell’impatto delle tariffe proposte: le fonti informative e alcuni aspetti della transcodifica

La stima dell’impatto delle tariffe proposte dal Ministero della Salute ha innanzi tutto richiesto di attribuire dei volumi alle singole prestazioni, implicando un importante lavoro di transcodifica per assimilare le prestazioni presenti nel Nomenclatore 332/99 al Nomenclatore DPCM LEA, al fine di poter confrontare le singole prestazioni.

Le fasi del lavoro di transcodifica sono state:

- Identificazione dei codici presenti nel Nomenclatore DPCM LEA e nel Nomenclatore 332/99 le cui descrizioni coincidono;
- Con il supporto di esperti del Ministero della Salute, la riconduzione di codici del Nomenclatore DM 332/99 al Nomenclatore DPCM LEA la cui descrizione non coincide perfettamente;
- Identificazione dei dispositivi del Nomenclatore DPCM LEA totalmente nuovi rispetto al Nomenclatore DM 332/99.

Nella transcodifica si è tenuto conto di come nel Nuovo Nomenclatore sia stato applicato il già citato processo di «pacchettizzazione» dei codici delle ortesi e delle protesi ortopediche (ossia nell’ambito di uno stesso codice è incluso il «prodotto principale» e i principali aggiuntivi richiesti per la sua composizione finale).

Nello specifico, questa fase è consistita nell’assimilare i codici del Nomenclatore DPCM LEA del 12 gennaio 2017 a quello previgente, verificando puntualmente la corrispondenza della descrizione tra i codici collegati. É da sottolineare poi che nel nuovo nomenclatore, rispetto al precedente, sono state inserite alcune

importanti innovazioni metodologiche che hanno avuto un rilevante impatto in questa fase di transcodifica. (i) La prima riguarda la costruzione di codici oggetto di “pacchettizzazione”: in termini concreti tale evoluzione ha comportato la parziale eliminazione di alcuni aggiuntivi nel passaggio dal previgente al nuovo nomenclatore con relativa redistribuzione dei volumi. (ii) La seconda concerne invece l’adozione di nuovi criteri per differenziare le diverse tipologie di uno stesso prodotto in genere più strettamente inerenti alle caratteristiche e alle funzioni di quest’ultimo.

Estremamente complessa è stata poi l’individuazione di flussi informativi relativi ai volumi di consumo dei prodotti inclusi nel nomenclatore ex 332/99. In assenza di un flusso informativo a livello nazionale, dieci Regioni e una Provincia Autonoma (Val d’Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Lazio, Molise, Sardegna) hanno reso disponibili i propri dati di consumo di prodotti per l’anno 2014. Seppure la rilevazione è limitata a regioni che rappresentano circa il 50% della popolazione italiana (Tabella 2), esperti del Ministero della Salute così come delle regioni hanno sottolineato che l’incidenza di nuovi casi di domanda di protesi non è caratterizzata da una variabilità territoriale. Quindi, tali indicazioni consentono di fatto di stimare un raddoppio della spesa rilevata nelle dieci regioni e nella provincia autonoma per rappresentare l’intera spesa sostenuta nell’area della protesica nel 2014. Alla luce di queste considerazioni, è stata quindi realizzata una stima dell’impatto atteso a livello nazionale, non potendo approfondire la composizione della spesa per gli ausili protesici per ciascuna delle realtà regionali: la frammentazione delle informazioni a disposizione avrebbe in questo caso reso estremamente parziali e aleatorie le stime per ciascun contesto regionale, alla luce dell’indisponibilità di informazioni rilevata in dieci di essi. D’altro canto, l’aver trattato i dati disponibili in maniera aggregata ha permesso di valorizzare l’intero comparto protesico, in virtù della possibilità di poter ricostruire nel suo complesso la struttura del settore, permettendo di analizzarlo in maniera omogenea e di poter esprimere una maggior rappresentatività e oggettività delle stime ottenute.

Partendo da questo insieme di dati, è stato costruito il modello di stima dell’impatto della spesa per le protesi su misura incluse nel Nuovo Nomenclatore, poi sviluppato nei successivi paragrafi della presente relazione tecnica. Per i motivi di cui sopra, ovvero che i volumi osservati nelle 10 regioni oltre alla Provincia autonoma di Trento coprono circa il 50% della popolazione italiana e nel presupposto che la domanda di protesi non è caratterizzata da una variabilità territoriale, si sottolinea già in questa sede che i valori presentati dovranno essere quasi raddoppiati (vedi sotto) al fine di ottenere una visione complessiva dell’intera assistenza protesica «su misura» coperta dal SSN.

Tabella 2. La distribuzione della popolazione italiana al 1° gennaio 2016 nelle Regioni che hanno fornito il flusso informativo e relativa incidenza percentuale

Regione	Popolazione 2016	% sul totale
<i>Valle d'Aosta</i>	127.329	0,2%
<i>Lombardia</i>	10.008.349	16,5%
<i>PA Trento</i>	538.223	0,9%
<i>Veneto</i>	4.915.123	8,1%
<i>Friuli Venezia Giulia</i>	1.221.218	2,0%
<i>Liguria</i>	1.571.053	2,6%
<i>Toscana</i>	3.744.398	6,2%
<i>Umbria</i>	891.181	1,5%
<i>Lazio</i>	5.888.472	9,7%
<i>Molise</i>	312.027	0,5%

<i>Sardegna</i>	1.658.138	2,7%
Sub-totale Regioni monitorate	30.875.511	50,9%
<i>Piemonte</i>	4.404.246	7,3%
<i>PA Bolzano</i>	520.891	0,9%
<i>Emilia Romagna</i>	4.448.146	7,3%
<i>Marche</i>	1.543.752	2,5%
<i>Abruzzo</i>	1.326.513	2,2%
<i>Campania</i>	5.850.850	9,6%
<i>Puglia</i>	4.077.166	6,7%
<i>Basilicata</i>	573.694	0,9%
<i>Calabria</i>	1.970.521	3,2%
<i>Sicilia</i>	5.074.261	8,4%
Sub-totale altre Regioni	29.790.040	49,1%
Totale ITALIA	60.665.551	100,0%

Fonte: dati ISTAT

Dunque, dalla Tabella 2 emerge come le Regioni inserite nel campione considerato rappresentino il 50,9% della popolazione nazionale. Si osserva inoltre una importante rappresentanza delle regioni settentrionali e del centro, a discapito di quelle meridionali.

Come emerso in precedenza, i dati resi disponibili dalle regioni riguardano i prodotti del Nomenclatore 332/99 e non forniscono indicazioni relativamente ai nuovi prodotti inseriti nel vigente nomenclatore. Come già precisato sopra, in parte si tratta dell'applicazioni di nuovi materiali a prodotti già esistenti, in parte, invece, di protesi non precedentemente presenti. Nel primo caso, sono state formulate alcune ipotesi relativamente alle future scelte dei prescrittori circa la scelta dei materiali insieme a specialisti del settore (si fa qui riferimento ad esempio alla sempre più ampia diffusione del titanio come materiale utilizzato per la fabbricazione di certi dispositivi: gli specialisti stimano che l'85% delle prescrizioni verterà sull'utilizzo del titanio a fronte di un contenimento dell'uso dell'acciaio). Altrettanto è stato poi fatto anche per i prodotti totalmente nuovi, individuando, laddove possibile, esperti di specifiche aree in grado di fornire dati epidemiologici e indicazioni relativamente alla potenziale domanda di questi nuovi prodotti (ad esempio, nel caso dei prodotti per la terapia circolatoria).

Un'altra importante assunzione è legata al fatto che la platea dei destinatari del Nuovo Nomenclatore su misura non subirà importanti modifiche nel futuro e si manterrà piuttosto stabile nel suo complesso, potendo al massimo registrare degli scostamenti dettati dalle novità introdotte e/o da variazioni tra classi. Dunque, non è previsto alcun incremento sensibile della domanda, ma solo una diffusa redistribuzione dei consumi. Si è quindi applicata una logica volta a tenere conto del processo di «sostituzione» dei prodotti afferenti al Nomenclatore 332/99 con quelli inseriti nel Nomenclatore DPCM LEA e a valutare le modalità di distribuzione degli attuali consumi. Ovviamente, è ragionevole immaginare che la sostituzione dei precedenti ausili potrebbe imporre al SSN di sopportare dei lievi cambiamenti nella domanda finalizzati a una maggiore appropriatezza.

La transcodifica, inoltre, ha permesso di applicare i volumi di consumo rilevati dalle dieci Regioni e dalla Provincia Autonoma ai codici del Nuovo Nomenclatore. Nel corso di questo processo, è stato anche individuato un insieme di codici caratterizzati da volumi di consumo pari a zero in tutte le regioni analizzate. Quindi, una volta realizzata e verificata la transcodifica, sono stati individuati i codici che richiedevano

un'indagine ad hoc per disporre di una stima dei volumi di consumo potenziale (es. ausili per terapie circolatorie).

Con l'ausilio delle Associazioni di categoria del comparto, per quanto riguarda l'ortopedia in particolare, sono state ulteriormente affinate le assimilazioni tra i codici del previgente nomenclatore ed il nuovo. Appare opportuno sottolineare che in questo lavoro di transcodifica si è tenuto conto del fatto che alcuni aggiuntivi che, nel precedente nomenclatore avevano codici separati al prodotto, ora nel nuovo nomenclatore sono stati codificati insieme al prodotto (cosiddetta "pacchettizzazione"). Quelli che non sono stati riferiti ai prodotti sono rimasti aggiuntivi prescrivibili a discrezione o meno del medico.

Dopo aver provveduto ad assimilare correttamente i codici, si è provveduto a ricondurre i volumi di erogazione delle prestazioni nelle 10 regioni + 1 PA.

Verificate puntualmente tali assimilazioni, è stato possibile rimodulare la casistica e assegnare i volumi osservati nelle 10 regioni + 1 PA ai singoli codici prestazione oggetto di revisione. Laddove la revisione relativa a un prodotto è stata dovuta alla precedente mancata considerazione di un eventuale aggiuntivo, nella determinazione dei volumi si è tenuto conto del solo codice prestazione relativo al prodotto. A titolo esemplificativo, si consideri il codice "06.24.09.009 - protesi transtibiale esoscheletrica con cosciale alto fino alla radice della coscia, articolato con allacciatura, rivestimento interno morbido in pelle, aste in acciaio, con eventuale trazione elastica, copri asta ad articolazione in pelle, piede rigido": la precedente assimilazione proposta dal Ministero faceva riferimento al mero codice "06.24.09.021 - Protesi definitiva tradizionale transtibiale con cosciale articolato fino alla radice della coscia: con piede rigido", mentre il comparto ha segnalato che per un'assimilazione adeguata e completa bisogna considerare anche l'aggiuntivo "06.24.21.115 - Estetizzazione anatomica". In questo caso, per quanto concerne i volumi, si è fatto riferimento soltanto a quelli relativi al prodotto, data l'ipotesi di rigidità della domanda rispetto al bisogno sul territorio nazionale e di solo utilizzo degli aggiuntivi "pacchettizzati" nell'ambito della produzione del prodotto sopra descritto.

Pertanto, ne consegue che: i) i volumi forniti dalle regioni rispetto allo specifico aggiuntivo non sono stati considerati, atteso che il loro uso come singolo pezzo è destinato a sparire a seguito della "pacchettizzazione" nel prodotto incluso nel nuovo nomenclatore, ii) ai fini della valorizzazione economica della spesa, la nuova tariffa del prodotto ingloba il valore dell'aggiuntivo "pacchettizzato".

3. La stima dell'impatto delle tariffe proposte: possibili scenari

Il Nuovo Nomenclatore, come ampiamente descritto all'inizio della presente relazione tecnica, si caratterizza per il trasferimento di alcune categorie di ausili dal cosiddetto «su misura» al «di serie». Prima di procedere con la rendicontazione della stima del valore dei codici prestazione del Nomenclatore 332/99 presenti nel nuovo Nomenclatore DPCM LEA «su misura» si ritiene opportuno trattare brevemente i prodotti trasferiti, per inquadrare pienamente le dinamiche del settore. Il primo passaggio è stato quindi individuare e valorizzare i codici di prodotti trasferiti dalla lista «su misura» a quella «in serie», stimati pari a 132,6 milioni di euro nelle regioni analizzate rispetto a un totale di 212,6 milioni. In particolare, sono trasferiti al «di serie» le seguenti categorie di ausili:

- *Ventriere costruite su misura* (€ 55.084,90);
- *Ortesi cervicali* (€ 25.984,70);
- *Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio* (€ 1.297.378,18);
- *Tricicli a pedale* (€ 211.455,59);
- *Carrozine ad autospinta* (€ 48.625.056,00);
- *Veicoli* (€ 391.387,14);

- Ausili per la posizione seduta (€ 32.453.846,74);
- Apparecchi acustici (€ 41.218.157,23);
- Calzature (€ 8.289.394,00).

I «residuali» € 80.037.843,03 riferiti alle dieci Regioni più la Provincia Autonoma oggetto del campione rappresentano dunque il valore di riferimento del «su misura». Nello specifico, la Tabella 3 ne mostra la ripartizione per classe di ausilio considerato.

È da segnalare che nella relazione tecnica per la valutazione di impatto dello schema di DPCM LEA del 12 gennaio 2017, in base ai dati allora disponibili, il valore dei prodotti trasferiti dalla lista “su misura” a quella dei prodotti di “serie” era stato identificato in circa 195 milioni di euro. Il successivo accesso a dati più puntuali ha consentito di rivedere quella prima stima a livello nazionale in un valore di circa 264 milioni di euro (132*2 considerando che la popolazione afferente alle Regioni monitorate è pari al 50,9% del totale della popolazione nazionale).

Tabella 3. Volumi e spesa sostenuta nelle 10 Regioni e nella Provincia Autonoma monitorate (2014)*

Codice di II livello	DESCRIZIONE	VALORE IN 10 REGIONI +1 PA	Distribuzione % prodotti nel Nuovo Nomenclatore per valore	VOLUME I 10 REGIONI + 1 PA	Distribuzione % prodotti nel Nuovo Nomenclatore per volumi
03.06	ORTESI SPINALI	€ 17.696.013,96	22,1%	61.165	6,7%
06.06	ORTESI SUPERIORI	€ 626.101,24	0,8%	5.846	0,6%
06.12	ORTESI INFERIORI	€ 29.700.913,29	37,1%	517.241	56,5%
06.18	PROTESI ARTI SUPERIORI	€ 1.209.305,75	1,5%	3.698	0,4%
06.24	PROTESI ARTI INFERIORI	€ 11.323.535,09	14,1%	33.430	3,6%
06.33	CALZATURE	€ 15.602.521,00	19,5%	265.782	29,0%
03.78	AUSILI PER LA TERAPIA ED ADDESTRAMENTO	€ 646.610,68	0,8%	381	0,0%
06.30; 21.03; 21.27	PROTESI OCULARI E AUSILI OTTICI	€ 3.232.842,02	4,0%	28.372	3,1%
VALORE ECONOMICO DEI DISPOSITIVI RICONDUCEBILI AL NOMENCLATORE APPROVATO		€ 80.037.843,03	100,0%	915.915	100,0%
VALORE ECONOMICO DEI DISPOSITIVI DEL NOMENCLATORE 332/99 PASSATI AL «DI SERIE»		€ 132.567.745,43		484.764	
TOTALE		€ 212.605.588,46		1.400.679	

* La Regione Lombardia ha fornito i dati relativi all'anno 2015

Si nota come la maggior concentrazione di volumi e di valore si trovi nella classe delle ortesi degli arti inferiori, tuttavia anche il settore delle calzature risulta essere particolarmente rilevante sia in termini di volumi che di valore. È poi da ricordare che i valori sopra riportati devono essere di fatto raddoppiati, arrivando così a stimare una spesa per prodotti su misura intorno ai 160 milioni a livello nazionale.

Tabella 4. Dispositivi, prodotti aggiuntivi e riparazioni, con uno scostamento tra il valore minimo e il valore massimo a disposizione compreso tra lo 0 e il 10%*

Classe	Prodotto	Aggiuntivi	Riparazioni	Totale
Ausili per terapie individuali	6	0	0	6

Ortesi spinali	14	39	87	140
Ortesi per arto superiore	2	13	25	40
Ortesi per arto inferiore	19	46	67	132
Protesi di arto superiore	22	14	160	196
Protesi di arto inferiore	10	33	141	184
Protesi oculari	9	2	2	13
Calzature ortopediche	13	17	6	36
Ausili per la mobilità personale	0	8	0	8
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	3	0	3	6
Ausili ottici	14	3	16	33
Totale	112	175	507	794

**Sono qui compresi anche quei dispositivi, aggiuntivi e riparazioni rispetto ai quali si aveva a disposizione un unico valore*

4. Valutazione d'impatto

A conclusione dell'importante lavoro di riconduzione e analisi svolto nella prima fase del lavoro (ossia fino al 31 marzo 2017), si è quindi proceduto a valutare il potenziale impatto in termini di spesa che l'entrata in vigore del Nuovo Nomenclatore avrebbe potuto generare. Le ipotesi tariffarie presentate alle associazioni di categoria il 31 marzo 2017 erano state costruite prevedendo:

- La media aritmetica tra i valori di costo dei prodotti innovativi, non presenti nel previgente nomenclatore
- Per i codici con una variazione tra i valori disponibili < al 10%, si è calcolata la media aritmetica dei valori disponibili (costi e/o tariffe)
- Per i codici con una variazione tra i valori disponibili > al 10%, si è utilizzato il valore minimo a disposizione (costi e/o tariffe)

La Tabella 5 sintetizza lo scenario sopra descritto, dettagliando il valore economico che ciascuno genererebbe per singola classe di ausili.

Data l'assenza di una effettiva rilevazione ad hoc dei costi delle prestazioni (se non nei casi e nelle modalità già spiegate in precedenza), si è quindi ritenuto opportuno adottare un approccio prudentiale. In particolare, come sopra descritto, a fronte di più fonti informative disponibili per alcuni codici, si è fatto riferimento alle valorizzazioni più conservative.

Tabella 5. Il valore economico dello scenario ex ipotesi tariffarie al 31 marzo 2017

Categorie	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03
Ausili per terapie individuali	€ 412.100,00
Ortesi spinali	€ 10.235.636,65
Ortesi arto superiore	€ 618.428,54
Ortesi arto inferiore	€ 31.807.952,17
Protesi arto superiore	€ 2.606.781,99

Protesi arto inferiore	€ 18.569.077,18
Protesi oculari	€ 3.571.385,21
Calzature	€ 14.752.938,49
Ausili per la mobilità personale	€ 241.990,16
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	€ 647.058,62
Ausili ottici	€ 477.279,22
Totale	€ 83.288.026,09

In seguito alle revisioni successive all'incontro del 31 marzo 2017, si è provveduto a (i) rimodulare i volumi in seguito alla revisione delle assimilazioni, (ii) procedere a una nuova valorizzazione tariffaria, sulla base delle indicazioni fornite dalle associazioni di categoria e (iii) riassegnare adeguatamente i 5 codici prestazione relativi a «protesi oculari» che erano inizialmente stati erroneamente imputati alla categoria «ausili ottici». L'esito di tali variazioni è sintetizzato nella Tabella 6.

Tabella 6. Il valore economico del Nomenclatore nelle regioni monitorate per classe di ausili post revisione: una sintesi

Categoria	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03	Post Associazioni di Categoria	Delta assoluti	Delta %
Ausili per terapie individuali	€ 412.100,00	€ 802.380,00	€ 390.280,00	+94,7%
Ortesi spinali	€ 10.235.636,65	€ 15.609.160,08	€ 5.373.523,43	+52,5%
Ortesi per arto superiore	€ 618.428,54	€ 1.056.366,67	€ 437.938,13	+70,8%
Ortesi per arto inferiore	€ 31.807.952,17	€ 34.868.100,07	€ 3.060.147,90	+9,6%
Protesi di arto superiore	€ 2.606.781,99	€ 3.156.940,33	€ 550.158,35	+21,1%
Protesi di arto inferiore	€ 18.569.077,18	€ 24.854.983,19	€ 6.285.906,01	+33,9%
Protesi oculari	€ 2.918.783,08	€ 4.626.758,65	€ 1.707.975,57	+58,5%
Calzature ortopediche	€ 14.752.938,49	€ 15.627.968,50	€ 875.030,01	+5,9%
Ausili per la mobilità personale	€ 241.990,16	€ 5.895.142,00	€ 5.653.151,84	+2336,1%
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	€ 647.058,62	€ 670.185,00	€ 23.126,38	+3,6%
Ausili ottici	€ 477.279,22	€ 442.538,43	- € 34.740,79	-7,3%
Totale	€ 83.288.026,09	€ 107.610.522,91	€ 24.322.496,82	29,2%

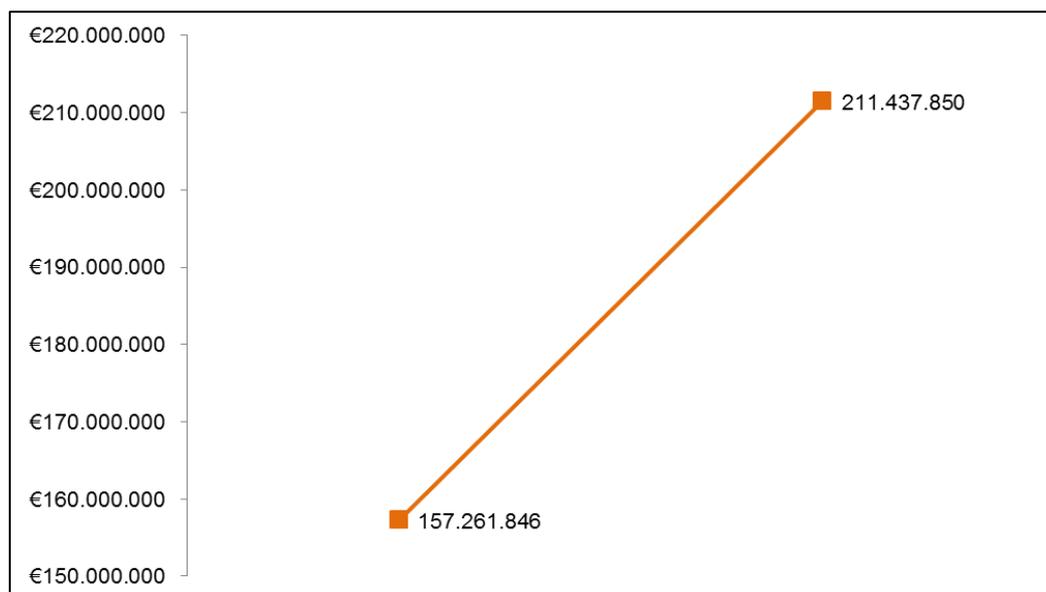
	valore campione	valore nazionale=valore campione* (1/% popolazione considerata)
ausili terapie individuali	802.380	1.604.760
ortesi spinali	15.609.160	30.666.326
ortesi per arto superiore	1.056.367	2.075.377
ortesi per arto inferiore	34.868.100	68.503.143
protesi per arto superiore	3.156.940	6.202.240
protesi per arto inferiore	24.854.983	48.831.008
protesi oculari	4.626.758	9.089.898
calzature ortopediche	15.627.968	30.703.277
ausili mobilità personale	5.895.142	11.581.811
ausili adattamento casa	670.185	1.316.670
ausili ottici	442.538	869.426
SOMMA	107.610.521	211.443.937
valori in euro		% popolazione considerata=50%

A seguito di tale lavoro è stato valutato l’impatto in termini di spesa che il Nuovo Nomenclatore potrebbe generare sull’intero territorio nazionale e non soltanto sulle regioni monitorate all’interno del campione considerato. Considerando che la popolazione afferente alle Regioni monitorate è pari al 50,9% del totale della popolazione nazionale (cfr. Tabella 2), al fine di realizzare le proiezioni sull’intera popolazione si è assunta, in seguito alla consultazione di esperti, una domanda omogenea sul territorio. A partire da tale premessa, si è quindi fatto uso del seguente algoritmo di calcolo:

$$Valore\ in\ \text{€}_{nazionale} = Valore\ in\ \text{€}_{campione} * \frac{1}{\% \text{ popolazione considerata}}$$

Utilizzando come termine di paragone la valorizzazione del previgente nomenclatore, l’impatto stimato per l’intero nomenclatore è pari a **211,4 mln di euro** (+ 54,2 mln rispetto ai 157,2 mln del Previgente Nomenclatore; + 34,4%). La Figura 2 rappresenta una sintesi di quanto appena descritto.

Figura 2. L’evoluzione del settore della protesica in base alle attuali proposte tariffarie: l’impatto del previgente nomenclatore e del nuovo nomenclatore



La tab. 7 riporta l’impatto complessivo atteso a seguito dell’introduzione del Nuovo Nomenclatore (stima basata sui dati forniti dalle regioni per l’anno 2014 e riferiti all’anno 2015 per la sola regione Lombardia):

Tab. 7 – Stima impatto complessivo protesica	
IMPATTO PREVIGENTE NOMENCLATORE	€ 157.261.846,00
IMPATTO NUOVO NOMENCLATORE	€ 211.437.850,00
IMPATTO NETTO	€ 54.176.004,00

Secondo quanto descritto per i due ambiti assistenziali, in estrema sintesi, l’impatto complessivo è il seguente:

Specialistica ambulatoriale	
ONERE A LORDO TICKET	524.568.691,21 €
TICKET	78.032.887,81 €
ONERE AL NETTO TICKET	446.535.803,40 €
PRESTAZIONI GIA' EROGATE	147.914.945,09 €
ONERE AL NETTO TICKET E PRESTAZIONI GIA' EROGATE (SOMMA ALGEBRICA)	298.620.858,31 €
ANNULLAMENTO DIFFERENZE NEGATIVE	9.915.764,48 €
ONERE AL NETTO TICKET E PRESTAZIONI GIA' EROGATE solo valori positivi	308.536.622,79 €
Protesica	
IMPATTO PREVIGENTE NOMENCLATORE	157.261.846,00 €
IMPATTO NUOVO NOMENCLATORE	211.437.850,00 €
IMPATTO NETTO	54.176.004,00 €
<u>Impatto complessivo stimato</u>	<u>362.712.626,79</u>



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTO l'art. 8-sexies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni recante *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”*, che prevede le modalità ed i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie, disponendo, in particolare:

- al comma 5, che *“Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome”*. Con lo stesso decreto sono stabiliti i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse e stabilisce, inoltre, che tali tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale e che gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali;

- al comma 6, che con la medesima procedura prevista per la definizione delle tariffe di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi;

- al comma 7, che con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono disciplinate le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta;

VISTO il decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996 recante “*Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe*”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 settembre 1996, n. 216;

VISTO il decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, recante “*Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 27 settembre 1999, n. 227;

VISTO l'articolo 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dall'articolo 1, comma 578, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il quale prevede che ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale e prevede che siano nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;

VISTO l'Accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2011 (Rep. Atti n. 61/CSR), con cui è stato approvato il documento contenente i criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta diagnostica di laboratorio, come peraltro già prescritto a livello normativo dall'art. 1, comma 796, lettera o), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, nella parte in cui espressamente prevedeva che: “*le regioni provvedono entro il 28 febbraio 2007 ad approvare un piano di riorganizzazione della rete strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate*”;

VISTO l'articolo 15, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale:

- al comma 15, introduce una procedura, in deroga a quella prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, prevede che “*il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale*”;
- al comma 16, dispone che “*Le tariffe massime delle strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, continuano ad applicarsi fino all'adozione dei decreti ministeriali di cui all'articolo 64, commi 2 e 3, del decreto del Presidente del*

Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, da emanare entro il 28 febbraio 2018”;

- al comma 17, prevede che *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell’articolo 12 dell’Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell’equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”;*
- al comma 18, dispone l’abrogazione delle disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell’art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012 recante *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”* che ha provveduto a determinare, in attuazione dell’art. 15 del più volte citato decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide per gli anni 2012-2014, nonché ad individuare, in applicazione dell’art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo n. 502 del 1992, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

CONSIDERATO che il sopracitato decreto 18 ottobre 2012 conferma l’erogabilità a carico del Servizio sanitario nazionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contenute nel decreto ministeriale 22 luglio 1996 e ridefinisce, nell’allegato 3, le relative tariffe, nonché prevede che le regioni, per l’adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell’art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

VISTA l’Intesa adottata il 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il *“Patto per la Salute per gli anni 2014-2016”* (Rep. Atti n. 82/CSR), all’articolo 9 (Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie);

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 gennaio 2016 che ha istituito e nominato la Commissione permanente di cui all’articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l’articolo 2, comma 4, laddove prevede che la Commissione, nel corso dello svolgimento della propria attività, è tenuta a sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche ed ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell’articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include i nuovi nomenclatori dell’assistenza specialistica ambulatoriale e dell’assistenza protesica, che disciplinano interamente le relative materie;

VISTI, in particolare, gli articoli 15 e 16 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, con il correlato Allegato 4, che riporta l'elenco di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale garantite dal Servizio sanitario nazionale;

VISTI, altresì, gli articoli 17, 18 e 19 in materia di assistenza protesica del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, con il correlato nomenclatore di cui all'Allegato 5, elenco 1 concernente gli ausili su misura;

VISTO l'articolo 64 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, commi 2 e 3, laddove si prevede che *“le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”* e che *“Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a) dell'articolo 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”*;

CONSIDERATO che la citata Commissione permanente tariffe, articolata in sottogruppi tra i quali quelli dedicati all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza protesica, ha definito, all'esito di lavori improntati al massimo coinvolgimento dei soggetti istituzionali del Servizio sanitario nazionale, una specifica metodologia per pervenire ad una proposta tariffaria sulla base dei criteri di cui al sopra citato art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

RILEVATO, altresì, che sono stati effettuati confronti con le società scientifiche e le associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per acquisire dalle stesse elementi informativi ed eventuali proposte tariffarie da corredare con evidenze scientifiche sui costi delle prestazioni;

CONSIDERATO che nella seduta plenaria della Commissione permanente tariffe del 3 dicembre 2019 è stata definitivamente approvata la proposta tariffaria di cui al presente decreto, in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito dalla medesima Commissione nella definizione della proposta tariffaria;

TENUTO CONTO della necessità di mantenere ed aggiornare le tariffe anche alla luce dei lavori condotti in seno alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale istituita, ai sensi dell'art. 1, comma 556, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), con decreto ministeriale 16 giugno 2016 con il mandato di garantire il costante aggiornamento dei LEA attraverso una procedura tempestiva e semplificata;

VISTO il parere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali (Agenas) espresso con nota n. 9854 del 16 dicembre 2019;

VISTA l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nella seduta del (Rep. Atti n.../CSR)

DECRETA

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. In applicazione dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, il presente decreto determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, individuate sulla base del percorso metodologico di cui alla relazione citata nelle premesse che allegata al presente decreto ne costituisce parte integrante (Allegato 1).

Art. 2

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale)

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale di cui all'Allegato 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sono individuate all'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto.
2. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione onnicomprensiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Le regioni possono, nell'ambito degli accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato-Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati, prevedere una remunerazione aggiuntiva, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione alle prestazioni indicate nell'Allegato 2 per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici farmaci ad alto costo.

Art. 3

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza protesica su misura)

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza protesica su misura erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale di cui all'allegato 5, elenco 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sono individuate all'Allegato 3, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 4

(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

1. Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992,

n. 502 e successive modificazioni. Le regioni tengono conto, altresì, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 2 e 3 e dell'art. 8-quinquies, comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., rispettivamente dell'eventuale finanziamento extra tariffario delle funzioni assistenziali, nonché di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni.

Art.5

(Disposizioni transitorie e finali)

1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.
2. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al presente decreto restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile.
3. Sono fatti salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera p-bis) della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Il presente decreto viene inviato agli organi di controllo secondo la normativa vigente e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE