



BOLLETTINO UFFICIALE REGIONE PIEMONTE

Torino, 26 novembre 2009

DIREZIONE, REDAZIONE e ABBONAMENTI
Piazza Castello 165, 10122 Torino
Tel 0114323994 - 3299 - 2722 - 3559 - 4030
Fax 0114324363
Sito Internet: <http://www.regione.piemonte.it>
e-mail bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it
Il Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte si pubblica ogni giovedì in Torino.

CONSULTAZIONE presso URP dal lunedì al venerdì
ore 9,00 - 12,00, nella sede di Torino dal lunedì al
giovedì ore 9,00 - 15,00, venerdì 9,00 - 13,00.
Consiglio Regionale via Alfieri 15 Torino presso:
Ufficio Documentazione: tel 0115757342 - Biblioteca:
via Confinza 14 tel. 0115757371 - URP: via Arsenale
14/G tel. 0115757444 dal lunedì al giovedì ore 9,00-
13,00/14,00-16,00 venerdì ore 9,00-13,00

URP -Torino Piazza Castello 165 -Tel. 0114324903
Alessandria via dei Guasco 1-Tel. 0131285072
Asti Corso Alfieri 165 -Tel. 0141324551
Biella via Galimberti 10/a -Tel. 0158551568
Cuneo Piazza Libertà 7 -Tel. 0171603161
Novara via Dominioni 4 -Tel. 0321393800
Verbania via Albertazzi 3 -Tel. 0323502844
Vercelli via Fratelli Ponti 24 -Tel. 0161600286

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in abbonamento postale -70% CB/TORINO



Foto Toni Farina

Ciciu del Villar

I parchi del Piemonte

ATTI DELLA REGIONE E DELLO STATO

Supplemento

Deliberazione della Giunta Regionale 2 novembre 2009, n. 49-12479

Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i. - ed ulteriori indicazioni.

ABBONAMENTI

RICHIESTA

Per abbonarsi è necessario compilare il modulo pubblicato al fondo di questo fascicolo o scaricabile dal sito internet del Bollettino Ufficiale - sezione "come abbonarsi" - ed inviarlo tramite fax alla Redazione, corredato dell'attestazione di pagamento.

ATTIVAZIONE E DECORRENZA

L'attivazione dell'abbonamento decorrerà dall'inserimento del nominativo nella "banca dati abbonati" dopo il ricevimento in Redazione dell'attestazione di pagamento.

TRATTAMENTO DATI PERSONALI

I dati personali inviati alla Redazione del Bollettino Ufficiale per l'attivazione dell'abbonamento saranno utilizzati esclusivamente ai fini della spedizione dei fascicoli, nel rispetto del disposto del Decreto Legislativo 196/2003.

ATTI DELLA REGIONE E ATTI DELLO STATO

Abbonamento semestrale
Codice S1 €52,00

CONCORSI, APPALTI E ANNUNCI

Abbonamento semestrale
Codice S3 €23,00

INTERNET

Consultazione
gratuita

INSERZIONI

RICHIESTA E TEMPISTICHE

Le richieste di inserzione devono pervenire alla Redazione del Bollettino Ufficiale (via posta o fax) entro le ore 12.00 del mercoledì della settimana precedente la data di pubblicazione del fascicolo.

Il testo deve essere inviato su carta libera (Enti pubblici) o su carta bollata (Privati), unitamente all'attestazione di pagamento e alla lettera di richiesta. Il modello della lettera è scaricabile dalla sezione "invio pubblicazioni" del sito internet del Bollettino Ufficiale.

PRECISAZIONI

Ai sensi della D.G.R. 9.12.2008, n. 21-10253, gli Enti inserzionisti dovranno inviare i testi da pubblicare anche in forma elettronica avvalendosi della procedura web accessibile all'indirizzo

www.regione.piemonte.it/bollettino/

La Direzione del Bollettino Ufficiale declina ogni responsabilità in caso di mancata ricezione del cartaceo dovuta a disservizi postali o disguidi tecnici degli strumenti telematici o informatici.

COSTI

Costo per riga o frazione di riga:
€2,50

La larghezza della riga deve essere di 13 centimetri, carattere Times – corpo 12.

PUBBLICAZIONI GRATUITE

Statuti Enti locali, Associazioni di volontariato, Riclassificazione strade, Eventi alluvionali del novembre 1994, ottobre 2000

MODALITÀ DI PAGAMENTO PER ABBONAMENTI E INSERZIONI

PRESSO GLI UFFICI POSTALI

Con bollettino o postagiro
sul C.C.P. n. 30306104, intestato a
Regione Piemonte Bollettino Ufficiale
Piazza Castello 165, 10122 Torino.

PRESSO GLI ISTITUTI BANCARI

Tramite Bonifico alle coordinate
Ufficio Postale n. 63331 – TO13
IBAN IT/80/J/07601/01000/000030306104
Regione Piemonte Bollettino Ufficiale

IN INTERNET

www.poste.it
postagiro on-line
C.C.P. n. 30306104, intestato a
Regione Piemonte Bollettino Ufficiale

In ogni caso l'attestazione di pagamento va allegata in forma cartacea sia alla spedizione via posta che all'invio tramite fax al n. 011 4324363

COSTI COPIA SINGOLA

Atti della Regione e Atti dello Stato	€2,60
Concorsi, Appalti, Annunci	€1,60
Supplementi fino a 256 pagine	€2,60
Supplementi oltre 256 pagine	Prezzo in Copertina
Raccolta annuale in CD-ROM a partire dal 2000 al 2007	€25,82
Raccolta annuale in CD-ROM a partire dal 2008	€26,00
Raccolta storica 1970-1999 Ditta Microshop – Corso Matteotti n. 57, Torino – Tel 011 5176444	-

VENDITA

Libreria Giuridica:	Via Sant'Agostino 8, Torino - Tel. 011 4367076 - Corso Francia 64/A tel. 011 7495165
URP – Ufficio Relazioni con il Pubblico,	Piazza Castello 165, Torino Tel. 4324903/4/5

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della Giunta Regionale 2 novembre 2009, n. 49-12479

Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale - D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i. - ed ulteriori indicazioni.

Si ripubblica la presente deliberazione già pubblicata sul Bollettino Ufficiale n. 46 del 19 novembre 2009 senza gli allegati (ndr).

A relazione dell'Assessore Artesio:

Con D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i la Giunta Regionale ha approvato l'aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni specialistiche che vengono effettuate a livello ambulatoriale e non ambulatoriale o riferite a particolari attività, erogabili nell'ambito del S.S.R., con la relativa regolamentazione e prescrizione.

Con successiva DGR n. 84 – 10526 del 29.12.2008 il nomenclatore tariffario regionale è stato aggiornato introducendo prestazioni di area chirurgica che, sotto il profilo di appropriatezza organizzativa, sono da garantirsi in regime ambulatoriale anziché in forma degenziale.

Premesso quanto sopra si rende necessario procedere a modifiche ed aggiornamenti conseguenti ad una evoluzione nelle modalità di erogazione di specifiche prestazioni, all'attuazione di provvedimenti regionali adottati per determinati ambiti specialistici, nonché a esigenze di definizione di azioni specifiche per alcune attività.

L'attuazione della D.G.R. n. 84 – 10526 del 29.12.2008 ha messo in rilievo l'esigenza di effettuare alcune integrazioni, che riguardano l'esecuzione dell'iniezione vitreale in regime ambulatoriale, per la necessità di specificare più dettagliatamente l'attività di controllo successiva all'intervento. Tale modifica permetterebbe di monitorare più adeguatamente gli esiti del predetto intervento, rispetto all'attuazione delle indicazioni derivanti da specifici protocolli assistenziali elaborati dagli specialisti.

Peraltro va ancora considerato che con i provvedimenti dell'AIFA sono state modificate le indicazioni relative all'uso di alcuni farmaci utilizzati per l'iniezione intravitreale e che i protocolli utilizzati al riguardo prevedono esplicitamente specifici controlli strumentali durante l'esecuzione di tali cure.

Considerato quanto sopra si rende necessario portare alcune modifiche nell'ambito delle attività ambulatoriali di oculistica, stabilendo, da un lato, che il riconoscimento economico della prestazione di iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche preveda anche la possibilità di richiesta di pagamento del farmaco somministrato ambulatorialmente attraverso l'utilizzo della procedura già in essere (file F), utilizzata per il rimborso di altri farmaci, dall'altro che siano inserite nel nomenclatore regionale

delle prestazioni ambulatoriali erogabili per conto del SSN alcune specifiche prestazioni, che già oggi vengono effettuate e che sono necessarie per assicurare comportamenti corretti nella cura dei pazienti con particolari problemi oftalmologici. Tali prestazioni peraltro sono già presenti nelle proposte tecniche riguardanti il nuovo tariffario nazionale, redatte a livello nazionale

Inoltre la D.G.R. N. 84-10526 del 29.12.2008 conteneva alcuni errori materiali che è necessario correggere per permettere il buon andamento delle attività. In particolare all'allegato 1 del predetto provvedimento per la prestazione 86.30.0 "Asportazione o demolizione locale chirurgica di lesione di tessuto cutaneo e sottocutaneo" tra le branche di riferimento per l'erogazione è da inserire la branca di chirurgia plastica (12) in luogo della branca di endocrinologia (19). Invece per la prestazione 04.43 P "Liberazione del tunnel carpale" il riferimento è alle branche neurochirurgia (30), chirurgia plastica (12) e ortopedia e traumatologia (36). Inoltre l'Allegato 2 alla D.G.R. 84/2008 che individua le modalità di trasformazione del regime assistenziale da day surgery ad ambulatoriale per l'erogazione delle prestazioni trattate dal medesimo provvedimento, al punto 4) cita la prestazione di iniezione intravitreale riportando per mero errore materiale il codice 14.45P anziché 14.75P come descritto nell'Allegato 1 al provvedimento stesso.

Peraltro per quest'ultima prestazione pare opportuno integrare la descrizione della stessa con l'indicazione delle procedure diagnostiche da eseguirsi alla fine dei trattamenti, provvedendo ad eliminare la lettera P dal codice della prestazione.

Le prestazioni ambulatoriali di cui alla citata D.G.R. 84 – 10526 del 29.12.2008 non vanno comprese tra quelle soggette allo sconto di cui alla DGR 5-6391 del 17.07.2007 per quanto riguarda il recepimento dell'art. 1, comma 796, lettera o della Legge n. 296 del 27 dicembre 2006.

Ulteriore aggiornamento al nomenclatore regionale delle prestazioni specialistico-ambulatoriali si rende necessario per le branche di Allergologia (01), Chirurgia plastica (12), Nefrologia (29), Oculistica (34), Ostetricia e ginecologia (37) e Laboratorio analisi (98), Radiologia diagnostica (69), Urologia (43), Cure palliative (81) al fine di garantire coerenza con i provvedimenti regionali di settore già adottati a livello regionale o per l'evoluzione tecnologica o modalità di esecuzione intervenute nel tempo.

A tal proposito si richiama in particolare la D.G.R. n. 7-12382 del 26 ottobre 2009 "Approvazione documento tecnico programmatico sull'attività di Procreazione Medicalmente Assistita" con la quale si introduce la tematica dei costi relativi all'applicazione delle tecniche per la medesima nell'ambito del SSR, evidenziando come il percorso della PMA sia nel suo complesso ragionevolmente sostenibile per il nostro SSR a fronte dell'attuale situazione in cui le coppie pagano direttamente le prestazioni non presenti nel vigente nomenclatore tariffario. Le prestazioni di PMA saranno erogate a carico del SSR secondo i criteri e le modalità identificate nel provvedimento regionale di cui alla già citata D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009.

Tra gli aggiornamenti è indispensabile procedere all'assegnazione delle prestazioni di "VISITA GENERALE - prima visita" – cod. 89.7 e "ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Visita successiva alla prima" – cod. 89.01 alle singole specialità come classificate nell'elenco delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere e di cui all'Allegato B al presente provvedimento. Tale modifica si rende necessaria al fine di un adeguato monitoraggio delle prime visite specialistiche e relative visite di controllo effettuate dalle singole Aziende Sanitarie regionali.

Le strutture sanitarie private accreditate con il SSR potranno utilizzare esclusivamente i codici delle branche specialistiche per le quali sono stati accreditati.

Gli aggiornamenti sono quelli di cui agli Allegati A, B e C al presente provvedimento.

Nell'ambito del Piano regionale di Lotta alla diffusione delle IST e dell'HIV/AIDS approvato con DGR n. 46-10149 del 24/11/2008 tra le azioni relative alla risposta del bisogno di salute che riguarda la popolazione sieropositiva per HIV, alcune esperienze nazionali hanno suggerito l'opportunità di sperimentare in Regione Piemonte un percorso plurispecialistico per il trattamento della lipodistrofia e dei dismetabolismi HIV correlati finalizzato alla diagnosi, prevenzione e alla cura delle alterazioni morfologiche e metaboliche legate all'infezione da HIV. Nel rispetto del percorso previsto dallo specifico protocollo relativo al percorso assistenziale identificato, i regimi assistenziali più appropriati per le prestazioni di chirurgia plastica previste risultano essere: il Day Surgery per interventi di lipostruttura secondo Coleman, di liposuzioni e di exeresi e l'attività ambulatoriale per la ricostruzione facciale con impianto di materiali riassorbibili o non riassorbibili. Per quanto concerne l'attività svolta in Day Surgery si rinvia a quanto previsto dalla regolamentazione regionale sulle degenze, mentre per quanto concerne l'attività ambulatoriale la prestazione è identificata come di seguito specificato:

"impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale" cod. 86.61.A (branca 12 – Chirurgia plastica) con la previsione della possibilità di richiesta di pagamento del farmaco somministrato ambulatorialmente attraverso il rimborso tramite l'apposita procedura già utilizzata per il rimborso di altri farmaci (file F).

Le predette attività sono assicurate esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dal protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007). La dislocazione su questi due poli, che hanno in carico più del 70% della popolazione sieropositiva per HIV del Piemonte, dovrebbe, in questa prima fase sperimentale, permettere di soddisfare le esigenze di tutta la popolazione sieropositiva per HIV in carico presso le altre unità operative di malattie infettive regionali.

Con D.G.R. n. 39-2418 del 20 marzo 2006 è stata approvata la sperimentazione relativa alla circoncisione rituale nell'età pre-puberale, da effettuarsi in regime di day surgery presso l'Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM/S. Anna di Torino, a favore di coloro che ne avrebbero fatta specifica richiesta, ivi compresi i cittadini extra comunitari purché in regola con il permesso di soggiorno.

Il provvedimento stabiliva altresì che la sperimentazione doveva svilupparsi per il periodo di dodici mesi e doveva essere garantita da personale medico ed infermieristico in "over time" per non compromettere l'attività ordinaria dell'Ospedale.

Al termine della sperimentazione l'Azienda Sanitaria Ospedaliera OIRM/S. Anna ha provveduto alla rendicontazione della sperimentazione sia per quanto attiene l'aspetto economico, sia in termini di prestazioni erogate e di relative dimissioni.

La radicata convinzione religiosa e culturale delle etnie che nel rispetto della tradizione attuano tale pratica, impone, nell'ambito della nostra società, di fornire le opportunità più idonee a evitare che si ricorra a forme non del tutto compatibili con il più rigoroso rispetto dell'igiene e dell'asepsi, con conseguenze negative sulla salute del soggetto circonciso.

Le dimensioni dell'attività specialistica di cui trattasi (gli interventi, realizzati secondo un protocollo assistenziale predefinito, sono stati 123 ed hanno interessato prevalentemente pazienti nella fascia di età 0-3 anni (75%) e 4-6 anni (22%), sono tali da poterne prevedere l'inserimento nelle attività ordinarie ospedaliere senza incidere in modo significativo sulle attività programmate e senza determinare un prolungamento delle liste d'attesa per attività chirurgica.

La circoncisione rituale a tutt'oggi praticata per ragioni religiose nell'età prepuberale non presenta elementi di illecità come ampiamente sottolineato dal Comitato Nazionale per la Bioetica.

Premesso quanto sopra illustrato si ritiene di inserire tra le attività delle Aziende Sanitarie l'intervento di circoncisione rituale al fine di assicurare l'espletamento della procedura in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria per il paziente, per prevenire conseguenze negative sulla salute del soggetto circonciso, con possibili aggravii nei costi sanitari derivanti dal trattamento delle eventuali complicanze.

Il D.P.C.M. 29.11.2001, che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, esclude tale pratica dalle prestazioni assicurate dal SSN, per cui si ritiene di stabilire una compartecipazione da parte del cittadino nella misura di euro 60,00 se l'intervento è effettuato in regime ambulatoriale (cod. 64.01) ed euro 150,00 se effettuato in regime di ricovero e dovrà essere codificato sulla SDO come diagnosi principale V502 "circoncisione rituale o di routine" e come procedura di intervento 640 "circoncisione".

La prestazione è erogabile esclusivamente presso le strutture ospedaliere pubbliche.

Inoltre sono stati rivisitati i Livelli Essenziali di Assistenza per le prestazioni ambulatoriali di RRF di cui alla D.G.R. 49-6478 del 1 luglio 2002, dopo aver esaminato

il loro andamento nel periodo 2005-2007, in particolare per aggiornare i criteri di appropriatezza prescrittivi della terapia fisica.

In particolare l'analisi dei dati relativi all'erogazione di prestazioni di terapia fisica evidenzia una pratica prescrittiva inappropriata nelle disabilità 4, 5 e 6. In queste disabilità, l'impiego di terapia fisica svolge un ruolo prevalentemente antalgico e/o antinfiammatorio nel trattamento della patologia flogistica e degenerativa dell'apparato locomotore e non può svolgere azione preventiva sul sintomo dolore e sulla evoluzione degenerativa. Spesso i cicli sono ripetuti senza soluzione di continuità ed sono trattati contemporaneamente più distretti dello stesso paziente, senza valutazione di efficacia terapeutica, inducendo un comportamento consumistico ed una scarsa attenzione alla modifica degli di vita.

Si è esaminato il D.M. 23.04.08 relativo ai LEA, in fase di revisione a livello ministeriale, cogliendo gli aspetti innovativi. Pertanto, al fine di garantire livelli di assistenza appropriati nel trattamento delle disabilità, risulta necessario integrare le linee stili guida regionali attuative dei LEA, secondo il tipo di disabilità.

I documenti ministeriali relativi alla rivisitazione delle prestazioni riabilitative, che hanno recepito per altro anche i principi dell'ICF, hanno ribadito l'importanza della partecipazione attiva del paziente al proprio processo riabilitativo in una prospettiva non solo di recupero dell'autonomia possibile, ma anche di una risocializzazione a tutto campo. L'approccio terapeutico sta cambiando, superando quegli aspetti meramente prestazionali, per passare ad una cooperazione fra operatori sanitari - paziente - care giver nel perseguimento dei risultati.

Questo ha comportato che le prestazioni di sola terapia strumentale sono state superate, mentre è stato valorizzato il momento formativo, educativo, cooperativo e responsabilizzante all'autogestione delle cronicità.

Di conseguenza le disabilità 6, precedentemente caratterizzate da sola terapia strumentale non hanno più ragion d'essere ed i criteri di prescrivibilità delle prestazioni riabilitative sono stati adeguati.

Conseguentemente a quanto sopra descritto i criteri di appropriatezza rispetto alle singole disabilità sono quelle di cui all'Allegato C al presente provvedimento.

Sulla scorta delle argomentazioni sopra riportate, il Relatore propone alla Giunta Regionale l'approvazione dell'ulteriore aggiornamento e correzione del nomenclatore tariffario regionale per l'assistenza specialistica ambulatoriale e delle ulteriori disposizioni per specifici interventi secondo quanto descritto in premessa.

La Giunta Regionale, udito il Relatore;

- vista la D.G.R. n. 49-6478 dell'1.07.2002;
- vista la D.G.R. n. 73-13176 del 26.7.2004;
- vista la D.G.R. n. 37-13743 del 25.10.2004;
- vista la D.G.R. n. 24-15233 del 30.3.2005;
- vista la D.G.R. n. 84 - 10526 del 29.12.2008
- vista la D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009,

all'unanimità,

delibera

- di approvare, a decorrere dal 1° dicembre 2009 :


a) l'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale di assistenza specialistica ambulatoriale, approvato con D.G.R. n. 73-13176 del 26.7.2004 e s.m.i., e delle linee guida per attività ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale di cui alla D.G.R. n. 49-6478 dell'1.07.2002, così come indicato agli Allegati B e C che costituiscono parte sostanziale ed integrante della presente deliberazione;

b) le modifiche alla D.G.R. n. 84 - 10526 del 29.12.2008 come indicato in premessa e riportato nell'Allegato A, parte sostanziale ed integrante del presente provvedimento. Tali prestazioni ambulatoriali non sono soggette allo sconto di cui alla D.G.R. n. 5-6391 del 17.07.2007 per quanto riguarda il recepimento dell'art. 1, comma 796, lettera o della Legge n. 296 del 27 dicembre 2006.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 14 del D.P.G.R. n. 8/R/2002.

(omissis)

Allegato

Allegato alla deliberazione
149 del 2-11-2009
Il Segretario della Giunta


D.G.R. N.....del

ALLEGATO A

**Modifiche ed aggiornamenti alla D.G.R. N. 84-10526 del 29.12.2008
“Modificazioni ed integrazioni al nomenclatore tariffario regionale di
assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R. n. 73-13176
del 26 luglio 2004 e s.m.i. e indicazione delle modalità di
trasformazione del regime assistenziale di erogazione di prestazioni
chirurgiche effettuabili ambulatorialmente. Modificazione della
D.G.R. N. 37-13743 del 25.10.2004”**



Correzioni ed integrazioni all'Allegato 1 (Tariffe valide per gli erogatori pubblici ed equiparati e per le strutture sanitarie private accreditate secondo la tipologia di accreditamento)

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1 ACCR A	COLONNA 2 ACCR B	COLONNA 3 ACCR C
9, 12, 52	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		36,59	33,66	31,10
34	P, HS I	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORI E I CONTROLLI POSTOPERATORI	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiologica preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori	900,00*	828	765
34	P, HS I	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco, anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e prove angiografiche	480	440,16	408
34	P, HS I	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (non è compreso il farmaco)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco (rimborsato con procedura file F) anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e prove angiografiche	385	353,045	327,25
9, 14	P, HS I	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORRELATI (VISITE, MEDICAZIONI, ASPORTAZIONE SUTURE, ECC.)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiologica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	911,00	838,12	774,35
12, 30, 36	P, HS I	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiologica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	620,00	570,4	527
Note: HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery P L'esecuzione è "a pacchetto" e comprende più prestazioni come indicato nelle specifiche della relativa colonna							

*per le strutture che erogano attività di day surgery di tipo C la tariffa rimane quella riconosciuta per l'attività di ricovero diurno alla data del 31.12.2008

Correzioni ed integrazioni all'Allegato 3 (Tariffe valide le strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate)

BRANC A	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
9, 12, 52	P, HS I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		31,10
34	P, HS I	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORIE E CONTROLLI POSTOPERATORI	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiologicala preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori	765*
34	P, HS I	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco, anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori	408
34	P, HS I	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (non è compreso il farmaco)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco (rimborsato con procedura file F) anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e prove angiografiche	327,25
9, 14	P, HS I	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORRELATI (VISITE, MEDICAZIONI, ASPORTAZIONE SUTURE, ECC.)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiologicala ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	774,35
12, 30, 36	P, HS I	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	527
			Nota : HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery P L'esecuzione è "a pacchetto" e comprende più prestazioni come indicato nelle specifiche della relativa colonna		

ge

2

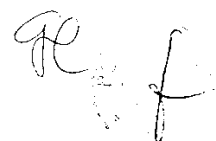
f

D.G.R N.....del

ALLEGATO B

**MODIFICAZIONI ED AGGIORNAMENTI ALLA D.G.R. n. 73-
13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i.**

**“Aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle
prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili,
nell’ambito del Servizio Sanitario Regionale, dalle strutture pubbliche
ed equiparate, dalle strutture sanitarie e dai professionisti privati
accreditati e provvisoriamente accreditati.”**

A handwritten signature in dark ink, consisting of stylized cursive letters, likely representing the official approval of the document.

Codici	Disciplina
01	Allergologia
05	Angiologia
07	Cardiologia
08	Cardiologia
09	Chirurgia generale
10	Chirurgia maxillo-facciale
12	Chirurgia plastica
14	Chirurgia vascolare
18	Ematologia
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione
20	Immunologia
21	Geriatrica
24	Malattie infettive e tropicali
26	Medicina generale
29	Nefrologia
30	Neurochirurgia
32	Neurologia
33	Neuropsichiatria infantile
34	Oculistica
35	Odontoiatria e stomatologia
36	Ortopedia e traumatologia
37	Ostetricia e ginecologia
38	Otorinolaringoiatria
40	Psichiatria
43	Urologia
52	Dermatologia
56	Recupero e riabilitazione funzionale
58	Gastroenterologia
61	Medicina nucleare
64	Oncologia
68	Pneumologia
69	Radiologia
70	Radioterapia
71	Reumatologia

**Modifiche ed aggiornamento ALLEGATO 1 D.G.R. n. 73-13176 del
26 luglio 2004 e s.m.i.**

A handwritten signature in dark ink is visible next to a circular official stamp. The stamp contains the text "REGIONE PIEMONTE" around the perimeter and some illegible text in the center.

ALLERGOLOGIA

NOTE:

NOTA AL CODICE 89.7 (Prima Visita allergologica): ogni centro, secondo gli indirizzi regionali, inserisce i dati clinici nel programma informativo regionale ai fini epidemiologici, statistici e di valutazione dell'appropriatezza. Rileva la singola voce di malattia di cui è affetto ogni soggetto visitato per la prima volta (es. rinite, oppure asma, etc.).

NOTA AL CODICE 89.01 (Visita di controllo, Visita successiva alla prima): Visita di controllo per la rivalutazione del decorso clinico e della terapia. La visita di controllo deve essere erogata entro un anno dalla precedente visita. Le visite per chiarire quesiti nuovi sono da considerare prime visite (COD 89.7). Le visite effettuate al momento della somministrazione dell'estratto iposensibilizzante fanno parte della prestazione di cui al cod. 99.12.

LINEE GUIDA PER IL CODICE I R 91.90.6 - Il codice si riferisce ad una serie di test cutanei per diagnosticare alcuni tipi di reazioni avverse a farmaci ed al veleno di imenotteri. Si tratta di test multi stadio, eseguiti a tempi stabiliti, con concentrazioni scalari di allergene seguendo le indicazioni della letteratura nazionale ed internazionale ed i protocolli regionali. I controlli positivi e negativi sono una costante e non sono conteggiabili come sostanze test.

1) Test per anestetici locali: la prestazione si rileva al completamento dei prick ed I.D. test per almeno due e fino a 6 anestetici locali. Il challenge iniettivo con l'anestetico prescelto va conteggiato come ulteriore prestazione con lo stesso codice.

2) Test per anestetici generali: si effettua con farmaci ipnotici, analgesici e miorilassanti utilizzati in neuroleptoanalgesia opportunamente diluiti secondo le indicazioni della letteratura. Si tratta usualmente ed al momento, di thiopentale, pancuronio, vecuronio, propofol, succinilcolina, atracurium, diazepam, prometazina, fentanile sodico, diidroperidolo (l'elenco è aggiornabile concordemente al variare delle tecniche anestetiche). Si considera prestazione rilevabile il test di almeno cinque tra le sostanze elencate/elencabili.

3) Test per Beta lattamine (pen test): la prestazione comprende l'esecuzione dei test cutanei, prick e I.D., con PPL, benzilpenicillina potassica ed MDM con le diluizioni e le modalità tecniche previste.

4) Test per Beta lattamine (catene laterali): si esegue a completamento del pen test con ampicillina, amoxicillina ed 1 o 2 cefalosporine e la prestazione prevede l'esecuzione sia del prick sia delle ID con le diluizioni e le modalità tecniche previste.

5) Test di tolleranza iniettivo per altri farmaci: si effettua solo per alcuni farmaci per i quali è stato descritto un meccanismo immunologico ed è accettata la validità del test cutaneo; l'elenco è man mano aggiornato dai dati della letteratura. Si considera una prestazione ogni sostanza cimentata per patch e/o prick e ID secondo le tecniche e le diluizioni previste per la singola molecola.

Si sottolinea come il cosiddetto "pomfo di prova" non deve essere fatto, in quanto procedura ritenuta non attendibile, potenzialmente pericolosa, e non rispondente ai requisiti previsti dalle procedure sopra descritte.

6) Test con veleno di imenotteri: si considera prestazione il test completato in ogni passaggio ed eseguito almeno per veleni di vespa, polistes ed apis.

I test di cui al codice 91.90.6 sono da eseguire in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).

LINEE GUIDA PER IL CODICE R H I 91.90.7

Sono test potenzialmente a rischio di reazioni gravi, non eseguibili di routine ma solo se altri test, in vivo ed in vitro non sono disponibili o non hanno fornito i chiarimenti diagnostici attesi. Si eseguono solo in casi selezionati, dopo aver ottenuto un valido consenso informato e valutato il rapporto rischio/beneficio. E' prevista la presenza del medico rianimatore, non necessariamente nei locali in cui si effettuano i test, durante e nelle ore immediatamente successive all'esecuzione delle procedure diagnostiche. E' necessaria la presenza continuativa del medico e di un infermiere professionale adeguatamente formato. Sono di competenza dello specialista in Allergologia e Immunologia Clinica (o di un medico di lunga e provata esperienza dedicato esclusivamente alle attività di allergologia).

I test di cui al codice 91.90.7 sono da eseguire in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).

NOTA AL CODICE HR 89.37.6 Prova Broncodinamica con Agente Broncocostrittore (Singolo stimolo specifico):

Lo stesso codice identifica anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) e congiuntivale (TPCs). I dati clinici vanno inseriti nel programma informativo regionale ai fini epidemiologici, statistici e di valutazione dell'appropriatezza, rendendo in questo modo disponibile la relativa documentazione. In anamnesi va specificata la motivazione del test che deve essere registrato nell'apposita "Sezione Procedure/Test di provocazione-tolleranza" specificando il tipo di provocazione (nasale, congiuntivale, bronchiale).

Quando il codice è riferito ad una stimolazione specifica con allergene per via BRONCHIALE il test è eseguibile solo dai Centri abilitati alle PAEC n. 07/08 (DGR n° 34-13138 DEL 26 LUGLIO 2004) in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).

La prestazione è di competenza di specialisti in Allergologia e Immunologia Clinica, Malattie Apparato Respiratorio ed Fisiopatologia Respiratoria.

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3

					TARIFFE		
B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	*	89.7	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	Nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un piano diagnostico - terapeutico. Include la visita di un paziente, già noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.	30,00	30,00	30,00
01	*	89.01	VISITA DI CONTROLLO	Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita. La documentazione esistente viene aggiornata. Le visite effettuate al momento della somministrazione dell'estratto ipo sensibilizzante, per stabilire se esistono controindicazioni temporanee alla stessa, non sono visite di controllo, in quanto fanno parte della prestazione di cui al cod. 99.12.	20,00	20,00	20,00
01	I R *	89.7.2	VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nel caso di farmaco allergia o sindromi complesse (più sindromi riscontrate contemporaneamente). La corretta compilazione del campo anamnesi giustifica l'aggiunta di questa prestazione a quella con codice 89.7	28,00	25,80	23,80
01	H I R *	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE	Trattasi di visita multidisciplinare in cui il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	53,50	49,25	45,50
01	R	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa, adeguata pressione e lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30" - 1' - 2' - 5' - 30').	9,30	8,55	7,90
01	R	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test- Fino a 7 allergeni)	Si considera una prestazione ogni seduta test con 7 allergeni inalabili e/o alimentari più i controlli positivo e negativo. Consiste nell'applicare le gtt di allergene ed eseguire la lettura dopo circa 20 minuti.	18,60	17,15	15,85

7C

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	R	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 25 allergeni)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, 25/30, lasciati in situ per 48 ore, e successiva lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	41,35	38,05	35,15
01	I R	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (fino a 7 allergeni)	Si intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	51,65	47,55	43,90
01	I H R*	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI (per singola dose)	Il test è completo, e si rileva come prestazione, dopo: 1) somministrazione di una singola dose di allergene (capsuline/soluzione) o di placebo; 2) trascorso il periodo di osservazione di alcune ore (non inferiore ad un'ora). Sono test di tolleranza/scatenamento in vivo eseguibili in aperto, cieco, doppio cieco, secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	7,75	7,15	6,60
01	IR*	91.90.4A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI	Il test si rileva come prestazione ogni 6 sostanze testate oltre ai controlli positivi e negativi e si effettua secondo le indicazioni dei protocolli regionali.	18,60	17,15	15,85
01	I H R*	91.90.7A	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	Consiste nell'applicare una sostanza aptenica/allergenica sulla faccia volare dell'avambraccio senza occlusione e senza utilizzo di apparati testanti. Sostanze da applicare e criteri di lettura secondo letteratura.	6,70	6,20	5,70
01	R *	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL'ASMATICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	1,25	1,15	1,10

96

2009

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	R *	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	26,75	24,65	22,75
01	R *	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	42,80	39,40	36,40
01	R*	89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE aspecifico	Curva dose-risposta - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13. Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico aspecifico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	103,30	95,05	87,80
01	IR *	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE - Singolo stimolo (specifico/allergene)	Il test si esegue facendo inalare una sostanza specifica/allergene in polvere o soluzione. Per singolo stimolo si intende la singola sostanza. Il test con materiale d'uso professionale non è previsto come ambulatoriale. Vanno eseguite spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8 misure valide. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 8 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) o congiuntivale (TPCs) sono da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prestazione per ogni allergene testato. La prestazione comprende tutti i passaggi necessari alla conclusione della procedura (8 passaggi). Deve essere disponibile la relativa documentazione.	103,30	95,05	87,80
01	*	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria	Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. Nel caso di esecuzione della rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene si utilizza il codice 89.12.A	16,05	14,80	13,65

RE
EF

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	I R*	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	Esame rinomanometrico associato al test di stimolazione nasale con allergene	120,00	105,00	100,00
01	R*	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	Somministrazione per via iniettiva di modificatori biologici della risposta immunitaria (diversi dai vaccini antiallergici) quali ad esempio gli anticorpi monoclonali anti IgE. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	11,65	10,72	9,90
01	R*	89.38.8	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	Ogni misurazione corrisponde alla prestazione sia in età pediatrica che negli adulti	26,75	24,65	22,75
01	R*	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	Consiste nella somministrazione di un estratto allergene specifico (acquoso o ritardato) a dosi crescenti o ripetute nel tempo. La prestazione prevede le valutazioni cliniche necessarie per individuare eventuali controindicazioni temporanee alla somministrazione della terapia. Si utilizza questo codice per una somministrazione di estratto per vaccinoterapia. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	6,70	6,20	5,70



12		0	CHIRURGIA PLASTICA					
						TARIFFA EURO		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
12	I H	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	La prestazione è assicurata esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dal protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007).	90,00	82,80	76,50	

LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-
ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, ecstasy, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)		7,05	6,50	6,00
98	I	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)		7,05	6,50	6,00
98	R I	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)		29,90	27,50	25,45
98	R I	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico		50,00	46,00	42,5
98	I	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)		7,05	6,50	6
98	I	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S)		22,00	20,25	18,70
98	IR	90.19.C	CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico		29,90	27,50	25,45
98	I *	90.20.8	FARMACI:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/Cap/altro materiale biologico		25,00	23,00	21,25
98	I	90.33.A	calprotectina fecale		25,00	23,00	21,25
98		90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	20,50	18,90	17,45

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	Da utilizzare per qualunque crioconservazione di siero.	2,90	2,70	2,50
98	R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	38,75	35,65	32,95
98	IR	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	425,35	391,35	361,55
98	R I H	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO per le seguenti sostanze e matrici biologiche: amfetamine, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, cannabinoidi, cocaina, LSD, oppiacei, fenciclidina, propossifene, nicotina, caffeina, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)		29,90	27,50	25,45
98		90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche		24,55	22,60	20,90
98	R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1 siero/30 soggetti)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	102,30	94,15	86,95



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	I	90.68.8	TRYPTASI		19,00	17,48	16,15
98	I	90.72.6	PROCALCITONINA		40,00	36,8	34,00
98	R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (con 3 sieri ricevente)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	60,25	55,45	51,25
98		90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,35	11,40	10,50
98		90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	16,45	15,10	14,00
98	I	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,40	11,45	10,55
98		90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,00	6,50	6,00
98		90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	16,45	15,10	14,00
98		90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	3,00	2,75	2,60
98	I	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,40	11,45	10,55
98		90.93.3	ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	9,60	8,90	8,15
98		90.93.4	ESAME CULTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,95	8,20	7,60
98		90.93.5	ESAME CULTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,95	8,20	7,60
98	I H	90.93.6	ES. CULTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I H	90.93.7	ES. CULTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.93.8	ES. CULTURALE MATERIALE PROTESICO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.93.9	ES. CULTURALE TAMPONE AURICOLARE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	38,10	35,10	32,40
98		90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,00	11,05	10,20
98		90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,95	8,20	7,60
98		90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,05	10,20	9,40
98	I	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE		12,40	11,45	10,55
98	R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro"	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	153,10	140,85	130,15
98	R	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	132,50	121,90	112,65

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.28.5	ANALISI CITOGNETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	145,85	134,20	124,00
98	R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	148,90	137,00	126,60
98	R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	76,00	69,95	64,60
98	R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	66,85	61,50	56,85

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,30	130,00	120,10
98	R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,30	130,00	120,10
98	IR	91.29.8	ANALISI DELLA METILAZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	126,55	116,45	107,60
98	R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	186,55	171,65	158,60

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) – Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	150,10	138,10	127,60
98	R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400bp)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	183,50	168,85	156,00
98	R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	135,50	124,70	115,20
98	R	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. Abortivo, ecc.) - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	109,40	100,65	93,00



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	131,85	121,30	112,10
98	R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	109,40	100,65	93,00
98	R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	130,05	119,65	110,55
98	R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	131,85	121,30	112,10

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	33,45	30,80	28,45
98	R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	33,45	30,80	28,45
98	R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	29,20	26,90	24,85
98	R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	30,70	28,25	26,10

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	33,45	30,80	28,45
98	R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOTICI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	104,85	96,50	89,15
98	R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	103,30	95,05	87,80
98	R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	139,80	128,65	118,85



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	112,40	103,40	95,55
98	R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	94,20	86,70	80,10
98	R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	139,80	128,65	118,85
98	R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE -BFU- E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	109,40	100,65	93,00

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	97,25	89,50	82,70
98	R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,00	129,75	119,85
98	R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	47,70	43,90	40,55
98	R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	38,75	35,65	32,95

98

1010103

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	38,75	35,65	32,95
98	R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	49,85	45,90	42,40
98	R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) – Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	53,50	49,25	45,50
98	R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	96,00	88,35	81,60

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sequenze genomiche in YAC	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	332,40	305,80	282,55
98	R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	219,35	201,80	186,45
98	R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	176,85	162,70	150,35
98	R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari painting	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	219,35	201,80	186,45

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) – Ricerca heteroduplex (HA)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,90	130,55	120,65
98	R	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,90	130,55	120,65
98	R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,90	130,55	120,65
98	R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE DELLA PLOIDIA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	55,30	50,90	47,00

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	IR	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	30,00	27,60	25,50
98	IR	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA-PCR-SCS) Per 31 mutazioni	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	317,00	291,65	269,45
98	IR	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) Per singola mutazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	20,00	18,40	17,00
98	I	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)		25,00	23,00	21,25
98	R I	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA		222,00	204,24	188,70
98	R I	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA		400,00	368,00	340,00

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R I	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)		30,00	27,6	25,50
98	R I	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI		160,00	149,20	136,00

NEFROLOGIA

0

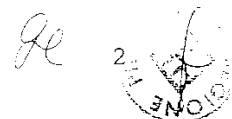
NOTE:

- 1) Le prestazioni indicate con la lettera R sono prestazioni erogabili solo presso ambulatori specialistici specificamente riconosciuti dalla Regione Piemonte per l'erogazione di tali prestazioni.
- 2) Le prestazioni eseguite a domicilio sono erogate sotto la responsabilit  e la direzione delle Divisioni e Servizi di Nefrologia previa autorizzazione della Regione Piemonte al trattamento dialitico domiciliare.
- 3) E' indicato che le prestazioni codice 39.95.5, 39.95.6, 39.95.7, 39.95.7.1, 39.95.8, 39.95.8.1, 39.95.9 non superino in ciascun centro il 30% del totale dei trattamenti riferiti al pool stabile totale dei pazienti con insufficienza renale cronica trattati.
- 4) E' indicato che la prestazione codice 54.98.3 non superi il 40% del pool totale dei trattamenti di dialisi peritoneale domiciliare in ciascun centro.
- 5) E' indicato che le prestazioni codice 39.95.7 e 39.95.7.1 non superino il 3% del pool totale dei trattamenti di dialisi extracorporea in ciascun centro.
- 6) E' indicato che per le prestazioni di dialisi extracorporea e dialisi peritoneale sia garantita l'assistenza secondo Decreto Giunta Regione Piemonte n. 157-3107 del 13.11.95 con personale in toto non inferiore al 10%.
- 7) E' indicato che i pazienti in dialisi extraospedaliera (compresa la dialisi extracorporea ambulatoriale con presenza del medico) siano assicurati fino al 50% del totale dei pazienti trattati.
- 8) E' indicato che l'incremento dei pazienti in dialisi peritoneali sia assicurato fino almeno al 15% del totale dei pazienti trattati.
- 9) E' indicato che il numero totale della prestazione 39.99.1 non superi il 3% di tutti i trattamenti di dialisi extracorporea.
- 10) Sono esclusi dalle tariffe di trattamento i rimborsi spese di viaggio dei pazienti in terapia dialitica.
- 11) Sono incluse nella tariffa delle dialisi extracorporee le indagini di laboratorio pre, intra, post trattamento correlate al trattamento stesso. Sono escluse le indagini di laboratorio programmate periodiche di controllo. Le indagini di laboratorio (sodio, potassio, emogasanalisi, calcemia, cloremia, creatinemia, fosforemia, azotemia, esame urine, emocromo) effettuate al di fuori del trattamento dialitico sono codificabili secondo il nomenclatore delle prestazioni di laboratorio analisi chimico-cliniche.
- 12) La prestazione codice 89.52 (elettrocardiogramma), eseguita in pre, intra e post trattamento dialitico extracorporeo,   compresa nella prestazione di dialisi
- 13) Sono inclusi nelle tariffe delle dialisi extracorporee o peritoneali ambulatoriali in sede ospedaliera i farmaci usati prima e durante il trattamento correlate all'insufficienza renale cronica, compresa l'eritropoietina.
- 14) Sono escluse dalle tariffe le indagini strumentali ed ematochimiche eseguite a fini diagnostici per patologie non correlate all'insufficienza renale.
- 15) Le tariffe riferite alla dialisi peritoneale eseguite a domicilio non sono comprensive delle indagini di laboratorio. Sono inclusi i farmaci utilizzati durante il trattamento domiciliare, compresa l'eritropoietina.



TARIFFA EURO

N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		297,00	273,25	252,45
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		178,20	163,95	151,50
R	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	148,50	136,65	126,25
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		118,80	109,30	101,00

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
29	H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	190,10	174,90	161,60
29	H *	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	267,30	245,95	227,20
29	R *	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	237,60	218,60	202,00
29	R H *	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	297,00	273,25	252,45
29	H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		297,00	273,25	252,45
29	H *	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	237,60	218,60	202,00
29	I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	172,25	158,50	146,45
29	I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	136,65	125,75	116,15
29	I R *	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30	245,95	227,20



N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
				COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
I R	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30	245,95	227,20
R H	39.99.1	VALUTAZIONE FLUSSO ARTEROVENOSO MAX 1 MESE		20,10	18,50	17,10
R H	54.93	INSERZIONE DI CATETERE PERITONEALE		120,30	110,70	102,25
R *	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	63,00	58,00	53,55
R H *	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	53,50	49,25	45,50
I R *	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	83,15	76,50	70,70
I R H *	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AD ALTA ASSISTENZA E/O ADDESTRAMENTO	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	178,20	163,95	151,50
	88.74.5	ECO(COLOR) DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		44,00	40,50	37,40
I R H *	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzione sanitaria	38,40	35,35	32,65
*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima.	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto già tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	20,00	20,00	20,00


 3
 

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
29	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale	Tale codifica deve essere utilizzata per: Stesura del piano per ogni trattamento ospedaliero, sia di emodialisi che di dialisi peritoneale e in fase di addestramento domiciliare; Stesura del piano, ogni settimana per la dialisi ad assistenza limitata; Stesura del piano, una volta al mese, per l'emodialisi domiciliare e la CAPD; Stesura del piano per ogni trattamento in assistenza limitata con presenza del medico.	40,00	40,00	40,00
29	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	48,65	44,75	41,35
29	R H *	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita.	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	30,00	30,00	30,00
29	R H *	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	20,95	19,30	17,80
29	H	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		20,95	19,30	17,80
29	H	97.82	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE		13,15	12,10	11,20
29	*	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per sommministrazione di eritropoietina.	13,15	12,10	11,20
29		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		15,70	14,45	13,35
29	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		516,50	475,20	439,05
29	HR	89.07	CONSULTO DEFINITO COMPLESSO	Prestazione da codificare in presenza della seguente casistica: - inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi - Inserimento paziente in lista trapianto per max 5 volte (una al mese) - Mantenimento in lista trapianto (1 volta all'anno).	53,50	49,25	45,50

4

OCULISTICA							
					TARIFFE		
B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale		19,50	17,94	16,58
34		08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -		19,50	17,94	16,58
34		08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron		19,50	17,94	16,58
34		08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -		19,50	17,94	16,58
34		08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -		39,00	35,88	33,15
34		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		20,00	18,40	17,00
34		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		39,00	35,88	33,15
34		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		65,00	59,80	55,25
34		08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi		48,75	44,85	41,44
34		08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -		58,50	53,82	49,73
34		08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -		58,50	53,82	49,73

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -		97,50	89,70	82,88
34	H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo		221,60	203,87	188,36
34		08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia		58,50	53,82	49,73
34	H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)		443,15	407,70	376,68
34		08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		48,75	44,85	41,44
34		08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		48,75	44,85	41,44
34		08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		48,75	44,85	41,44
34		08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		97,50	89,70	82,88
34		08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		32,50	29,90	27,63
34		08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		32,50	29,90	27,63
34		08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -		19,50	17,94	16,58
34		09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)		48,75	44,85	41,44
34		09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -		81,25	74,75	69,06
34		09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -		58,50	53,82	49,73

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso- lacrimale		58,50	53,82	49,73
34		09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)		81,25	74,75	69,06
34		09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		5,00	4,60	4,25
34		09.42	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE E DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		22,80	20,98	19,38
34		09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		81,25	74,75	69,06
34		09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		48,75	44,85	41,44
34		09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		48,75	44,85	41,44
34		09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -		48,75	44,85	41,44
34		09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS		48,75	44,85	41,44
34	H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)		369,30	339,76	313,91
34		09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		81,25	74,75	69,06
34	H	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -		295,45	271,81	251,13
34		10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -		22,80	20,98	19,38

AL

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)		39,00	35,88	33,15
34		10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)		39,00	35,88	33,15
34		10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma		39,00	35,88	33,15
34		10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		130,00	119,60	110,50
34		10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -		65,00	59,80	55,25
34		10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -		16,25	14,95	13,81
34		11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		81,25	74,75	69,06
34		11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		130,00	119,60	110,50
34		11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -		81,25	74,75	69,06
34		11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -		32,50	29,90	27,63
34		11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -		40,65	37,40	34,55
34	I	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)		40,00	36,80	34,00
34		11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -		413,60	380,51	351,56
34		11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -		48,75	44,85	41,44
34		11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DI LENTE A CONTATTO -		22,80	20,98	19,38
34	*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controind	464,85	427,66	395,12

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34	*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	464,85	427,66	395,12
34	I *	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controind	619,75	570,17	526,79
34		12.14	IRIDOTOMIA/IRIDOCCLASIA mediante laser		130,00	119,60	110,50
34		12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -		162,50	149,50	138,13
34		12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser		130,00	119,60	110,50
34		12.72	CICLOCRIOTERAPIA -		130,00	119,60	110,50
34		12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE -		130,00	119,60	110,50
34		12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore		39,00	35,88	33,15
34		13.64	CAPSULOTOMIA YAG- LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)		113,75	104,65	96,69
34		14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		81,25	74,75	69,06
34	I H R *	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	La prestazione è erogabile solo in pazienti con degenerazione maculare senile e da miopia patologica, le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale prevalentemente classica. Non può essere ripetuta p	1.500,00	1380,00	1275,00

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -		81,25	74,75	69,06
34		14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		81,25	74,75	69,06
34		14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -		81,25	74,75	69,06
34		14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -		81,25	74,75	69,06
34	I	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO		70,00	64,40	59,50
34		14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -		39,00	35,88	33,15
34		16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -		65,00	59,80	55,25
34	H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare		51,70	47,56	43,95
34	*	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA -	In caso di ipovedente la visita comprende la ricerca approfondita dei disturbi nurovisivi con l'esame dell'oculomotricità, della percezione spaziale, la valutazione della sensibilità al contasto.	15,00	13,80	12,75
34		95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		15,30	14,08	13,01
34	*	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	visita oculistica comprendente esame visus, refrazione con eventuale prescrizione lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi .	30,00	27,60	25,50
34		95.03.1	TOPOGRAFIA CORNEALE -		30,00	27,60	25,50
34	I	95.03.3	TOMOGRFIA RETINICA (OCT)		53,50	49,22	45,48

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		95.05	ESAME DEL CAMPO VISIVO - perimetria computerizzata, perimetria manuale		25,00	23,00	21,25
34	I	95.05.A	MICROPERIMETRIA		40,00	36,80	34,00
34		95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica		8,95	8,23	7,61
34		95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -		8,95	8,23	7,61
34		95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -		8,95	8,23	7,61
34		95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI -		8,95	8,23	7,61
34		95.09.2	ESOFTALMOMETRIA -		8,95	8,23	7,61
34		95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -		8,95	8,23	7,61
34	I	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)		53,50	49,22	45,48
34		95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	10,00	9,20	8,50
34		95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -		4,50	4,14	3,83
34	*	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	53,50	49,22	45,48
34	I	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	53,50	49,22	45,48
34		95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria		22,30	20,52	18,96
34		95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE -		30,00	27,60	25,50
34		95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali		25,00	23,00	21,25
34		95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -		17,85	16,42	15,17
34		95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)		8,95	8,23	7,61
34		95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN) -		38,65	35,56	32,85
34		95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG) -		38,65	35,56	32,85

Re f

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		26,75	24,61	22,74
34		95.23.1	INTERFEROMETRIA -		8,95	8,23	7,61
34		95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -		35,65	32,80	30,30
34		95.26	TONOMETRIA, TONOGRAMMA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -		8,95	8,23	7,61
34		95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	codice da utilizzare anche per singola seduta di riabilitazione neurovisiva, da intendersi quale riabilitazione visuo-spaziale, riorganizzazione dei movimenti oculari fini, rieducazione per le agnosie visive in età evolutiva e adulta. Ogni ciclo di eserci	6,25	5,75	5,31
34		96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		4,50	4,14	3,83
34		98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		8,95	8,23	7,61

FE

			OSTETRICIA E GINECOLOGIA				
					TARIFFE		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		125,60	115,55	106,80
37	RH I	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) – Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli).	400,00	368,00	340,00
37	H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		60,30	55,50	51,25
37		66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		31,05	28,60	26,40
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		35,45	32,65	30,15
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		39,00	35,90	33,15
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		53,20	48,95	45,25
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		53,20	48,95	45,25
37		68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		31,05	28,60	26,40
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		42,55	39,15	36,20

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37		68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO - Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia - per via vaginale mediante torsione - Escluso: Miomectomia con parcellizzazione		66,50	61,20	56,55
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		18,50	17,05	15,75
37	R H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	110,80	101,95	94,20
37	H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		18,50	17,05	15,75
37	R H	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	25,00	23,00	21,25
37	R H I	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	600,00	552,00	510,00
37	R H I	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00
37	R H I	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biottico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00	184,00	170,00

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	R H I	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi.	200,00	184,00	170,00
37	R I	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00
37	R I	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00	184,00	170,00
37		70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		35,45	32,65	30,15
37		70.21	COLPOSCOPIA		15,40	14,20	13,10
37		70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		28,40	26,15	24,15
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPIA -		35,45	32,65	30,15
37		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		42,55	39,15	36,20
37		71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		28,40	26,15	24,15
37		71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		35,45	32,65	30,15
37		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		28,40	26,15	24,15
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		42,55	39,15	36,20
37	H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		125,60	115,55	106,80
37	H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		110,80	101,95	94,20
37	H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		88,65	81,55	75,35
37	H	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -		125,60	115,55	106,80
37		75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		23,50	21,65	20,00
37	H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione. Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico-vaginale a scopo emostatico		44,35	40,80	37,70
37	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		134,80	124,05	114,60

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		19,80	18,25	16,85
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		34,10	31,40	29,00
37		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		25,30	23,30	21,50
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		34,10	31,40	29,00
37	I *	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza.	34,10	31,40	29,00
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico- ginecologica/andrologica, Esame pelvico		30,00	30,00	30,00
37	I *	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pedia	15,00	13,80	12,75
37		93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo		140,95	129,70	119,80
37	I *	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione AIMI.	140,95	129,70	119,80
37		96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -		11,20	10,30	9,55
37		96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -		11,20	10,30	9,55
37		97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO -		11,20	10,30	9,55
37		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO. SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		27,05	24,90	23,00
37		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		11,60	10,70	9,90
37		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60

RE f

69		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA					
						TARIFFA EURO		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
69	I	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		31,00	28,52	27,35	
69	I H	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD		390,00	358,80	331,50	

re f

43		0	UROLOGIA					
						TARIFFA EURO		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
43	R H I	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00	
43	I H	64.01	CIRCONCISIONE		100,00	92,00	85,00	

GC

**Modifiche ed aggiornamento ALLEGATO 2
D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i.**

“Prestazioni di assistenza specialistica non classificabili come ambulatoriali, in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite (Cardiologia, Gastroenterologia, Radiologia interventistica, Radioterapia, Dietetica e nutrizione clinica, Esami di laboratorio analisi).” INTEGRAZIONI

Handwritten signature

ALL. 2

NEFROLOGIA

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
29		93.01.A	TRAINING PER L'EMODIALISI DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione dell'emodialisi domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, allestimento del domicilio, esame di idoneità finale). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta e per un massimo (di norma) di 3 mesi.	53,5
29		93.01.B	TRAINING PER IL TRATTAMENTO DI DIALISI PERITONEALE (DP) DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione della DP domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, controllo dei locali prima dell'invio a domicilio, esame di idoneità). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta al giorno, per un massimo di 10 giorni.	53,5
29		93.01.C	PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO	Gestione ambulatoriale del paziente in condizioni di insufficienza renale cronica (stato predialitico e/o uremico) in preparazione all'inizio del trattamento dialitico sostitutivo. La prestazione, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti, comprende la valutazione clinica e socio-riabilitativa e la definizione del trattamento dialitico dopo colloquio finale con il paziente ed i familiari. La prestazione è da intendersi per singola seduta (1 prestazione al mese) e, di norma, per un massimo di 5-6 mesi.	53,5
29		93.01.D	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE	la prestazione comprende le procedure preparatorie all'iscrizione in lista ed il mantenimento in lista di trapianto renale. La prestazione è ripetuta quando il paziente deve eseguire la visita di revisione (ogni 5 anni fino ai 55 anni di età, successivamente ogni 2 anni)	53,5

ALL. 2

CURE PALLIATIVE					
B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFE
81		89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI CURE PALLIATIVE	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per le prestazioni di accoglienza del paziente nei programmi di cure palliative dove vengono effettuate le stesse attività di raccolta dati, informazione, accoglienza, indirizzo e supporto, coordinamento delle diverse figure professionali	40,00
81		89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE GIC DI CURE PALLIATIVE	Tale prestazione è da utilizzarsi in caso di attivazione del Gic di cure palliative da parte del medico di cure palliative indipendentemente dalla segnalazione del Cas	53,50
81		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE PORTATORE DI CATETERE VENOSO CENTRALE - per seduta individuale	Terapia educativa per il paziente o il caregiver per l'acquisizione di conoscenze e abilità utili alla gestione domiciliare di catetere venoso centrale o altro presidio. Terapia educativa per l'esecuzione domiciliare di altre procedure connesse alla terapia	5,05
81	I	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per sostituzione di ago no coring per port endovenosi o spinali e /olavaggio cvc a lunga permanenza	8,95
81		93.01.7	COUNSELLING MEDICO	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dal medico di cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani terapeutici e sedute di counselling individualizzati con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera.	57,00
81		93.01.8	COUNSELLING INFERMIERISTICO	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dall'infermiere delle cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani assistenziali con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera	23,00

Modifiche ed aggiornamento ALLEGATO 4
D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i.

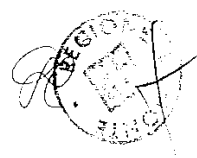
Prestazioni elencate secondo le branche specialistiche, con le tariffe di riferimento per la determinazione degli importi in ordine all'individuazione della quota di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini. MODIFICHE ED INTEGRAZIONI.



ALLERGOLOGIA

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
01	*	89.7	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	Nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un piano diagnostico - terapeutico. Include la visita di un paziente, già noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.	30,00
01	*	89.01	VISITA DI CONTROLLO	Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita. La documentazione esistente viene aggiornata. Le visite effettuate al momento della somministrazione dell'estratto ipo sensibilizzante, per stabilire se esistono controindicazioni temporanee alla stessa, non sono visite di controllo, in quanto fanno parte della prestazione di cui al cod. 99.12.	20,00
01	I R *	89.7.2	VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nel caso di farmaco allergia o sindromi complesse (più sindromi riscontrate contemporaneamente). La corretta compilazione del campo anamnesi giustifica l'aggiunta di questa prestazione a quella con codice 89.7	23,80
01	H I R *	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE	Trattasi di visita multidisciplinare in cui il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	45,50
01	R	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa, adeguata pressione e lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30" - 1' - 2' - 5' - 30').	7,90
01	R	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test- Fino a 7 allergeni)	Si considera una prestazione ogni seduta test con 7 allergeni inalabili e/o alimentari più i controlli positivo e negativo. Consiste nell'applicare le gtt di allergene ed eseguire la lettura dopo circa 20 minuti.	15,85

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
01	R	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 25 allergeni)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, 25/30, lasciati in situ per 48 ore, e successiva lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	35,15
01	I R	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (fino a 7 allergeni)	Si intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	43,90
01	I H R*	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI (per singola dose)	Il test è completo, e si rileva come prestazione, dopo: 1) somministrazione di una singola dose di allergene (capsuline/soluzione) o di placebo; 2) trascorso il periodo di osservazione di alcune ore (non inferiore ad un'ora). Sono test di tolleranza/scatenamento in vivo eseguibili in aperto, cieco, doppio cieco, secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	6,60
01	IR*	91.90.4A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI	Il test si rileva come prestazione ogni 6 sostanze testate oltre ai controlli positivi e negativi e si effettua secondo le indicazioni dei protocolli regionali.	15,85
01	IH R*	91.90.7A	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	Consiste nell'applicare una sostanza aptenica/allergenica sulla faccia volare dell'avambraccio senza occlusione e senza utilizzo di apparati testanti. Sostanze da applicare e criteri di lettura secondo letteratura.	5,70
01	R *	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL'ASMATICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	1,10



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
01	R *	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	22,75
01	R *	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	36,40
01	R*	89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE aspecifico	Curva dose-risposta - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13. Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico aspecifico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	87,80
01	I R *	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOSTRITTORE - Singolo stimolo (specifico/allergene)	Il test si esegue facendo inalare una sostanza specifica/allergene in polvere o soluzione. Per singolo stimolo si intende la singola sostanza. Il test con materiale d'uso professionale non è previsto come ambulatoriale. Vanno eseguite spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8 misure valide. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 8 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) o congiuntivale (TPCs) sono da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prestazione per ogni allergene testato. La prestazione comprende tutti i passaggi necessari alla conclusione della procedura (8 passaggi). Deve essere disponibile la relativa documentazione.	87,80
01	*	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria	Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. Nel caso di esecuzione della rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene si utilizza il codice 89.12.A	13,65

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
01	I R*	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	Esame rinomanometrico associato al test di stimolazione nasale con allergene	100,00
01	R*	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	Somministrazione per via iniettiva di modificatori biologici della risposta immunitaria (diversi dai vaccini antiallergici) quali ad esempio gli anticorpi monoclonali anti IgE. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	9,90
01	R*	89.38.8	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	Ogni misurazione corrisponde alla prestazione sia in età pediatrica che negli adulti	22,75
01	R*	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	Consiste nella somministrazione di un estratto allergene specifico (acquoso o ritardato) a dosi crescenti o ripetute nel tempo. La prestazione prevede le valutazioni cliniche necessarie per individuare eventuali controindicazioni temporanee alla somministrazione della terapia. Si utilizza questo codice per una somministrazione di estratto per vaccinoterapia. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	5,70



12		0	CHIRURGIA PLASTICA			
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO	
12	I H	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	La prestazione è assicurata esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dal protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007).	76,50	



**LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-
VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-
IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.**

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98		90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, ecstasy, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)		6,00
98	I	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)		6,00
98	R I	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)		25,45
98	R I	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico		42,5
98	I	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)		6
98	I	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S)		18,70
98	IR	90.19.C	CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico		25,45
98	I *	90.20.8	FARMACI:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/Cap/altro materiale biologico		21,25
98	I	90.33.A	calprotectina fecale		21,25
98		90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	17,45

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	Da utilizzare per qualunque crioconservazione di siero.	2,50
98	R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	32,95
98	IR	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	361,55
98	R I H	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO per le seguenti sostanze e matrici biologiche: amfetamine, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, cannabinoidi, cocaina, LSD, oppiacei, fenciclidina, propossifene, nicotina, caffeina, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)		25,45
98		90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche		20,90

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1 siero/30 soggetti)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	86,95
98	I	90.68.8	TRYPTASI		16,15
98	I	90.72.6	PROCALCITONINA		34,00
98	R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (con 3 sieri ricevente)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	51,25
98		90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	10,50
98		90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	14,00
98	I	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	10,55
98		90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	6,00
98		90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	14,00
98		90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	2,60
98	I	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTheriae ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	10,55
98		90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,15
98		90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,60


B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98		90.93.5	ESAME CULTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,60
98	I H	90.93.6	ES. CULTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,50
98	I H	90.93.7	ES. CULTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,50
98	I	90.93.8	ES. CULTURALE MATERIALE PROTESICO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,50
98	I	90.93.9	ES. CULTURALE TAMPONE AURICOLARE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,50
98		90.94.1	ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	32,40
98		90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	10,20
98		90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,50
98	I	90.94.6	ES. CULTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,50
98	I	90.94.7	ESAME CULTURALE ESPETTORATO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,60
98		90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	9,40
98	I	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. CULTURALE		10,55
98	R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA – Con agente clastogenico "in vitro"	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	130,15

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.28.4	ANALISI CITOGNETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	112,65
98	R	91.28.5	ANALISI CITOGNETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	124,00
98	R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	126,60
98	R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO – Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	64,60

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	56,85
98	R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	120,10
98	R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	120,10
98	IR	91.29.8	ANALISI DELLA METILAZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	107,60

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	158,60
98	R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str. VNTR) – Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	127,60
98	R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400bp)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	156,00
98	R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	115,20

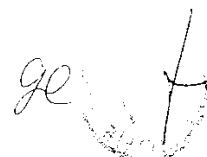
GR



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. Abortivo, ecc.) - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	93,00
98	R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	112,10
98	R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	93,00
98	R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	110,55

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	112,10
98	R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomycin D	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	28,45
98	R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	28,45
98	R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	24,85

ge



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	26,10
98	R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	28,45
98	R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOTICI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	89,15
98	R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	87,80



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	118,85
98	R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	95,55
98	R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	80,10
98	R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	118,85

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE -BFU- E, CFU-GM,CFUGEMM (Ciascuna)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	93,00
98	R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	82,70
98	R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	119,85
98	R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	40,55


B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	32,95
98	R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	32,95
98	R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	42,40
98	R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) – Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	45,50

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	81,60
98	R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sequenze genomiche in YAC	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	282,55
98	R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	186,45
98	R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	150,35



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari painting	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	186,45
98	R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) – Ricerca heteroduplex (HA)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	120,65
98	R	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	120,65
98	R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	120,65

ge



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE DELLA PLOIDIA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	47,00
98	IR	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	25,50
98	IR	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA-PCR- SCS) Per 31 mutazioni	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	269,45
98	IR	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) Per singola mutazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	17,00
98	I	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)		21,25

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	Tariffa euro
98	R I	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA		188,70
98	R I	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA		340,00
98	R I	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)		25,50
98	R I	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI		136,00

NEFROLOGIA

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
29	H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		252,45
29	H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		151,50
29	R	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	126,25
29		39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		101,00
29	H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	161,60
29	H *	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	227,20
29	R *	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	202,00
29	R H *	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	252,45
29	H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		252,45
29	H *	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	202,00
29	I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	146,45

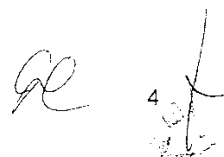
GE 19

N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	116,15
I R *	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	227,20
I R	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	227,20
R H	39.99.1	VALUTAZIONE FLUSSO ARTEROVENOSO MAX 1 MESE		17,10
R H	54.93	INSERZIONE DI CATETERE PERITONEALE		102,25
R *	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	53,55
R H *	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	45,50
I R *	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	70,70
I R H *	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AD ALTA ASSISTENZA E/O ADDESTRAMENTO	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	151,50
	88.74.5	ECO(COLOR) DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		37,40
I R H *	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzionale sanitaria	32,65

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
29	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima.	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto già tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	20,00
29	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale	Tale codifica deve essere utilizzata per: Stesura del piano per ogni trattamento ospedaliero, sia di emodialisi che di dialisi peritoneale e in fase di addestramento domiciliare; Stesura del piano, ogni settimana per la dialisi ad assistenza limitata; Stesura del piano, una volta al mese, per l'emodialisi domiciliare e la CAPD; Stesura del piano per ogni trattamento in assistenza limitata con presenza del medico.	40,00
29	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	41,35
29	R H *	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita.	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	30,00
29	R H *	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	17,80
29	H	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		17,80
29	H	97.82	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE		11,20
29	*	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	11,20
29		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		13,35
29	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		439,05

ge 3-
1036

N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
HR	89.07	CONSULTO DEFINITO COMPLESSO	Prestazione da codificare in presenza della seguente casistica: - inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi - Inserimento paziente in lista trapianto per max 5 volte (una al mese) - Mantenimento in lista trapianto (1 volta all'anno).	45,50



OCULISTICA					
B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34		08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale		16,58
34		08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -		16,58
34		08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron		16,58
34		08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -		16,58
34		08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -		33,15
34		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		17,00
34		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		33,15
34		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		55,25
34		08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi		41,44
34		08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -		49,73
34		08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -		49,73
34		08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -		82,88

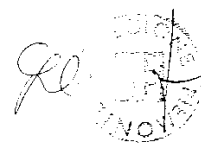
B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34	H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo		188,36
34		08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia		49,73
34	H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)		376,68
34		08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		41,44
34		08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		41,44
34		08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		41,44
34		08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		82,88
34		08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		27,63
34		08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		27,63
34		08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -		16,58
34		09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)		41,44
34		09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -		69,06
34		09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -		49,73
34		09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso- lacrimale		49,73

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34		09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)		69,06
34		09.41	SPECCILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		4,25
34		09.42	SPECCILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE E DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		19,38
34		09.43	SPECCILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		69,06
34		09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		41,44
34		09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		41,44
34		09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -		41,44
34		09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS		41,44
34	H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)		313,91
34		09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		69,06
34	H	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -		251,13
34		10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -		19,38
34		10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)		33,15
34		10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)		33,15
34		10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma		33,15
34		10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		110,50



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34		10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -		55,25
34		10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -		13,81
34		11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		69,06
34		11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		110,50
34		11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLA PTERIGIUM -		69,06
34		11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -		27,63
34		11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -		34,55
34	I	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)		34,00
34		11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -		351,56
34		11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA		41,44
34		11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DI LENTE A CONTATTO -		19,38
34	*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controind	395,12
34	*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	395,12
34	I *	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controind	526,79
34		12.14	IRIDOTOMIA/IRIDOCCLASIA mediante laser		110,50
34		12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -		138,13

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34		12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser		110,50
34		12.72	CICLOCRIOTERAPIA -		110,50
34		12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE -		110,50
34		12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore		33,15
34		13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)		96,69
34		14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		69,06
34	I H R *	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	La prestazione è erogabile solo in pazienti con degenerazione maculare senile e da miopia patologica, le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale prevalentemente classica. Non può essere ripetuta p	1275,00
34		14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -		69,06
34		14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		69,06
34		14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -		69,06
34		14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -		69,06
34	I	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO		59,50
34		14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -		33,15



B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34		16.22	AGIOBIOPSIA ORBITARIA -		55,25
34	H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare		43,95
34	*	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA -	In caso di ipovedente la visita comprende la ricerca approfondita dei disturbi nurovisivi con l'esame dell'oculomotricità, della percezione spaziale, la valutazione della sensibilità al contasto.	12,75
34		95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		13,01
34	*	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	visita oculistica comprendente esame visus, refrazione con eventuale prescrizione lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi .	25,50
34		95.03.1	TOPOGRAFIA CORNEALE -		25,50
34	I	95.03.3	TOMOGRFIA RETINICA (OCT)		45,48
34		95.05	ESAME DEL CAMPO VISIVO - perimetria computerizzata, perimetria manuale		21,25
34	I	95.05.A	MICROPERIMETRIA		34,00
34		95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica		7,61
34		95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -		7,61
34		95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -		7,61
34		95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI -		7,61
34		95.09.2	ESOFTALMOMETRIA -		7,61
34		95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -		7,61
34	I	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)		45,48
34		95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	8,50
34		95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -		3,83

B R A N C A	N O T A	CODICE	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34	*	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	45,48
34	I	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	45,48
34		95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria		18,96
34		95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE -		25,50
34		95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali		21,25
34		95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -		15,17
34		95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)		7,61
34		95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN) -		32,85
34		95.22	ELETTROOCULOLOGRAFIA (EOG) -		32,85
34		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		22,74
34		95.23.1	INTERFEROMETRIA -		7,61
34		95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -		30,30
34		95.26	TONOMETRIA, TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -		7,61
34		95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	codice da utilizzare anche per singola seduta di riabilitazione neurovisiva, da intendersi quale riabilitazione visuo-spaziale, riorganizzazione dei movimenti oculari fini, rieducazione per le agnosie visive in età evolutiva e adulta. Ogni ciclo di eserci	5,31
34		96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		3,83
34		98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		7,61




OSTETRICIA E GINECOLOGIA					
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
37	H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		106,80
37	RH I	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) – Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli).	340,00
37	H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		51,25
37		66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		26,40
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		30,15
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		33,15
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		45,25
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		45,25
37		68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		26,40
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		36,20

RE

REGIONE PIEMONTE

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
37		68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO - Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia - per via vaginale mediante torsione - Escluso: Miomectomia con parcellizzazione		56,55
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		15,75
37	R H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	94,20
37	H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		15,75
37	R H	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	21,25
37	R H I	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	510,00
37	R H I	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	85,00
37	R H I	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biptico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	170,00

90

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
37	R H I	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi.	170,00
37	R I	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	85,00
37	R I	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	170,00
37		70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		30,15
37		70.21	COLPOSCOPIA		13,10
37		70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		24,15
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		30,15
37		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		36,20
37		71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		24,15
37		71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIAIOLA DEL BARTOLINO -		30,15
37		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		24,15
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		36,20
37	H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		106,80
37	H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		94,20
37	H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		75,35
37	H	75.33.1	FUNIColocENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -		106,80
37		75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		20,00
37	H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico-vaginale a scopo emostatico		37,70
37	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		114,60

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
37		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		16,85
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		29,00
37		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		21,50
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		29,00
37	I *	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza.	29,00
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico- ginecologica/androgica, Esame pelvico		30,00
37	I *	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pedia	12,75
37		93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo		119,80
37	I *	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione AIMI.	119,80
37		96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -		9,55
37		96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -		9,55
37		97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO -		9,55
37		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		23,00
37		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		9,90
37		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		7,60

69		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	I	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		27,35
69	I H	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD		331,50



43		0	UROLOGIA		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
43	R H I	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	85,00
43	I H	64.01	CIRCONCISIONE		85,00

D.G.R N.....del

ALLEGATO C

**REVISIONE LINEE GUIDA E PERCORSI TERAPEUTICI PER
ATTIVITA' AMBULATORIALE DI RECUPERO E
RIEDUCAZIONE FUNZIONALE di cui alla D.G.R. n. 49-6478 del
1° luglio 2002**



AGGIORNAMENTO LINEE GUIDA E PERCORSI TERAPEUTICI PER ATTIVITA' AMBULATORIALE DI RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE

INTRODUZIONE

Con D.G.R. N. 49-6478 del 1° luglio 2002 la Giunta Regionale, in attuazione del precedente provvedimento regionale n. 57-5740 del 3.04.2002, ha definito le linee guida ed i percorsi per una appropriata attività ambulatoriale di recupero e rieducazione funzionale.

L'analisi delle attività svolte nell'ultimo quinquennio, effettuate anche ai fini della definizione del fabbisogno regionale di prestazioni della fattispecie considerata - D.G.R. N. 98-9422 del 1° agosto 2008 -, ha evidenziato prestazioni a forte rischio di inappropriatezza anche per un uso eccessivo delle stesse.

Pertanto, i principi della riorganizzazione di cui alla D.G.R. n. 10-5605 del 2.04.2007 che hanno tra i vari fondamenti anche la previsione e l'attuazione di percorsi di continuità assistenziale in rapporto alle disabilità dei singoli pazienti, si basano sulla necessità di assicurare l'omogeneità dei servizi rispetto alla capacità degli stessi di garantire equità d'accesso della popolazione ad un intervento sanitario di qualità ed appropriato.

In questo contesto si è reso necessaria la revisione delle linee guida e percorsi terapeutici individuati con il sopra indicato provvedimento del 2002.

La revisione è stata effettuata da un gruppo di lavoro tecnico formato da tecnici delle ASR, da un Direttore Sanitario di ASL, da un Direttore di Distretto e da funzionari della Direzione Sanità.

Il documento prodotto è stato sottoposto anche alla consultazione della società scientifica SIMFER, ed all'O.S. dei Medici di medicina Generale per le opportune e necessarie valutazioni, al fine di giungere alla formulazione di percorsi condivisi.

CRITERI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DELLA TERAPIA FISICA

Sono stati rivisitati i Livelli Essenziali di Assistenza per le prestazioni ambulatoriali, dopo aver esaminato il loro andamento nel periodo 2005-2007.

In particolare l'analisi dei dati relativi all'erogazione di prestazioni di terapia fisica evidenzia una pratica prescrittiva inappropriata nelle disabilità 4, 5 e 6. In queste disabilità, l'impiego di terapia fisica svolge un ruolo prevalentemente antalgico e/o antinfiammatorio nel trattamento della patologia flogistica e degenerativa dell'apparato locomotore e non può svolgere azione preventiva sul sintomo dolore e sulla evoluzione degenerativa. Spesso i cicli sono ripetuti senza soluzione di continuità ed sono trattati contemporaneamente più distretti dello stesso paziente, senza valutazione di efficacia terapeutica, inducendo un comportamento consumistico ed una scarsa attenzione alla modifica degli stili di vita.

Si è esaminato il D.M. 23.04.08 relativo ai LEA, in fase di revisione a livello ministeriale, cogliendo gli aspetti innovativi. Pertanto, al fine di garantire livelli di assistenza appropriati nel trattamento delle disabilità, risulta necessario integrare le linee guida regionali attuative dei LEA, secondo il tipo di disabilità.

PREMESSA

I documenti ministeriali relativi alla rivisitazione delle prestazioni riabilitative, che hanno recepito per altro anche i principi dell'ICF, hanno ribadito l'importanza della partecipazione attiva del paziente al proprio processo riabilitativo in una prospettiva non solo di recupero dell'autonomia possibile, ma anche di una risocializzazione a tutto campo. L'approccio terapeutico sta cambiando, superando quegli aspetti meramente prestazionali, per passare ad una cooperazione fra operatori sanitari - paziente – care giver nel perseguimento dei risultati.

Questo comporta che le prestazioni di sola terapia strumentale sono in via di superamento, mentre è stato valorizzato il momento formativo, educativo, cooperativo e responsabilizzante all'autogestione delle cronicità.

L'attuazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) all'interno delle singole disabilità ha quale presupposto una specifica ed adeguata formazione dell'equipe riabilitativa alla specifica presa in carico. La documentazione scritta relativa al PRI deve essere conservata agli atti della struttura erogante le prestazioni.

DISABILITA' 6 – in superamento

DISABILITA' 5



Sono disabilità croniche stabilizzate, di entità contenuta o minimale, per le quali possono essere necessari interventi riabilitativi "di mantenimento" o di "prevenzione del degrado motorio-funzionale acquisito" e/o un'attività didattica formativa.

Il progetto riabilitativo implica una valutazione globale della persona e del suo problema, deve avere come obiettivo il raggiungimento e il mantenimento del massimo livello possibile di autonomia funzionale e si articola sia **con prestazioni sanitarie riabilitative** comprendenti anche gli aspetti educativi, di addestramento e motivazione all'uso di eventuali ortesi/ausili, inducendo partecipazione attiva e responsabilizzazione da parte del paziente, sia, per il mantenimento del livello di autonomia raggiunto **con interventi di tipo non sanitario** quali per esempio norme di igiene posturale, esercizio fisico costante, corretti stili di vita, socializzazione..

Criteri di prescrivibilità

Non è possibile prescrivere cicli di sola terapia fisica e non devono essere associate più di due tipologie di prestazioni di terapia fisica con ciclo massimo di 10 sedute: non più di una a prevalente azione antinfiammatoria e non più di una a prevalente azione antalgica per un massimo di due segmenti trattati simultaneamente.

La ripetibilità del progetto in disabilità 5 può essere prevista all'interno del PRI non prima di un anno e deve essere orientata alla valutazione dell'efficacia riabilitativa e dell'acquisizione degli idonei stili di vita.

 2 

DISABILITA' 4

Si tratta di disabilità di entità contenuta, di recente insorgenza ed a rapida risoluzione (entro massimo sei mesi dall'inizio del trattamento).

L'obiettivo dell'intervento è quello di contenere le disabilità in esiti di traumatologia minore monosegmentaria e in mononeuropatie, attraverso un progetto riabilitativo in cui prevale la rieducazione funzionale, inducendo partecipazione attiva e responsabilizzazione da parte del paziente al suo recupero.

Criteri di prescrivibilità

La terapia fisica in questo tipo di disabilità è solo di supporto alle prestazioni di rieducazione e quindi non deve essere prevalente all'interno del singolo progetto riabilitativo (meno del 20%).

Non devono essere associate più di due tipologie di prestazioni di terapia fisica; non più di una a prevalente azione antinfiammatoria e non più di una a prevalente azione antalgica per il singolo segmento trattato.

DISABILITA' 3

Si tratta di disabilità di entità rilevante, croniche o in fase di stabilizzazione che richiedono un intervento riabilitativo non complesso, né intensivo, ma protratto nel tempo.

L'obiettivo è il contenimento del danno secondario e prevenzione del danno terziario attraverso tecniche riabilitative orientate al mantenimento delle funzionalità riacquisite e/o la prevenzione del deterioramento nelle disabilità neurologiche, traumatologiche maggiori, oncologiche, respiratorie e cardiologiche. La rieducazione è una delle componenti del progetto riabilitativo, in quanto si possono utilizzare anche altri sussidi, quali ad esempio protesi, ortesi, altri strumenti atti all'autogestione dell'autonomia, momenti di formazione e informazione al paziente e/o al caregiver atti a favorire la partecipazione attiva.

Criteri di prescrivibilità

La terapia fisica in questo tipo di disabilità è marginale rispetto alle prestazioni di rieducazione (meno del 10%).

La ripetibilità del trattamento riabilitativo complessivo in questo tipo di disabilità, se necessario, deve essere prevista e descritta all'interno del progetto riabilitativo.

DISABILITA' 2

Si tratta di disabilità complesse che non richiedono ricovero, ma un intervento, per competenza ed attrezzatura, altamente sofisticato.

L'obiettivo è il recupero di funzioni ed abilità in pazienti affetti da disabilità complesse nel periodo di maggiore modificabilità del quadro clinico funzionale. Deve essere quindi garantita la precocità dell'intervento, la continuità e l'intensività del trattamento secondo le caratteristiche dei pazienti.

La rieducazione è componente essenziale per la realizzazione del progetto riabilitativo: la stessa può essere integrata con l'utilizzo di altri sussidi, quali ad esempio protesi, ortesi e strumenti orientati al raggiungimento dell'autonomia del disabile.

Il progetto comprende momenti di formazione e informazione al paziente e/o al caregiver atti a favorire la partecipazione attiva al recupero globale.

3

Criteri di prescrivibilità

La terapia fisica in questo tipo di disabilità è marginale rispetto alle prestazioni di rieducazione (meno del 10%).

La ripetibilità del trattamento riabilitativo complessivo, se necessario, deve essere prevista e descritta all'interno del progetto riabilitativo, in quanto è presumibile che l'evoluzione a seguito del trattamento comporti una progressione verso il livello di disabilità 3.

INDICAZIONI SPECIFICHE

a) Per prima visita si intende, ai sensi della DGR 14-10073 del 28/7/2003, la prestazione specialistica richiesta per un evento di nuova insorgenza nella storia anamnestica del paziente.

Nel caso di pazienti con disabilità oggetto di pregresso intervento riabilitativo, sono da considerarsi prime visite fisiatriche solo quelle effettuate nei casi in cui si presenti una fase di riacutizzazione o una modificazione del quadro clinico di entità tale da rendere necessaria una rivalutazione complessiva.

b) Per visita di controllo fisiatrica si intende la prestazione specialistica richiesta dal medico curante o dallo specialista fisiatra per pazienti già noti al servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale per lo stesso quadro clinico. Nel caso in cui i suddetti pazienti presentino una variazione sostanziale del quadro clinico o un nuovo problema clinico, è da considerarsi prima visita e soggiacciono ai criteri di accesso secondo priorità cliniche, quali individuati con D.D. N. 375 del 10.07.2009.

c) La rieducazione strumentale dei disturbi motori sensitivi (cod. 93.11.8) è da intendersi quella effettuata solo con attrezzature sofisticate e costose come per esempio l'isocinetica, l'idroterapia con piscina, ecc.

d) In caso di indicazione del trattamento con manipolazione (cod. 93.15) **nella disabilità 4 sono prescrivibili al massimo quattro sedute manipolative** (indipendentemente dal numero di segmenti corporei trattati nella stessa seduta) **per paziente/2 volte/anno** e solo a seguito di documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica.

In caso di indicazione del **trattamento con manipolazione** (cod. 93.15) **nella disabilità 5, sono prescrivibili al massimo quattro sedute manipolative** (indipendentemente dal numero di segmenti corporei trattati nella stessa seduta) **per paziente, una volta l'anno** e solo a seguito di documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica.

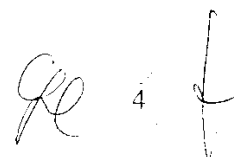
QUADRO DI SINTESI

Le prestazioni ambulatoriali sono state poi esaminate secondo i diversi tipi di disabilità e secondo le principali variabili ad esse connesse. In particolare sono state prese in considerazione la complessità clinico riabilitativa, la temporalità rispetto all'evento invalidante ed i tempi di attesa massimi per la prima visita fisiatrica. Questi sono indicatori di accesso alla prestazione.

Sono poi stati esaminati i trattamenti da erogare secondo indicatori che vertono il gradiente di modificabilità della patologia/sintomatologia ed i tempi di attesa massimi per erogare i trattamenti.

In relazione di queste variabili si sono individuati i setting ed i livelli appropriati e le modalità di erogazione delle prestazioni secondo la tipologia dei disturbi. Le tabelle che seguono visualizzano quindi i criteri adottati nella definizione dei criteri di applicazione dei LEA ambulatoriali.

Con specifico provvedimento della Direzione Sanità saranno individuati gli indicatori per la lettura dell'efficacia del percorso di cura.



CRITERI DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RIABILITATIVE AMBULATORIALI

QUADRI CLINICI	DISABILITA' 2	DISABILITA' 3	DISABILITA' 4	DISABILITA' 5
	Disabilità: o neurologiche o traumatologiche maggiori o oncologiche o respiratorie o cardiologiche		Disabilità: o mononeuropatiche o traumatologiche minori	Disabilità: o ortopedico o reumatologiche
COMPLESSITA' CLINICO RIABILITATIVA	Elevata	Elevata/media	Media	Media/Bassa
TEMPORALITA' RISPETTO ALL'EVENTO DISABILITANTE*	Post acuzie	Cronicità	Cronicità	Cronicità
GRADIENTE DI MODIFICABILITA'	Elevato	Basso/Assente	Elevato	Basso/Assente
TEMPI DI ATTESA MASSIMI per i trattamenti SETTING	10 giorni Ambulatoriale - domiciliare	90 giorni Ambulatoriale - domiciliare	10 giorni ambulatoriale	180 giorni ambulatoriale
LIVELLI	II		I	
MODALITA' DI EROGAZIONE	Valutazioni e trattamenti disabilità maggiore: ■ disturbi funzione motoria ■ disturbi funzione cognitiva ■ disturbi funzione integrativa		Valutazioni e trattamenti disabilità minore: ■ disturbi motori ■ disturbi comunicativi	

* Cfr. tabella successiva

TEMPORALITA' RISPETTO AGLI EVENTI DISABILITANTI

Tipologia di evento	DISABILITA' 2	DISABILITA' 3	DISABILITA' 4	DISABILITA' 5
Neurologico	Ictus, mielopatia, T.C.E. = entro 1 anno Sclerosi multipla = entro 6 mesi da poussée Patologie neuromotorie in età evolutiva = entro i primi 8 anni Lesioni neurologiche periferiche polineuropatiche = in presenza di segni di riinnervazione Per tutte le disabilità neurologiche = dopo int.chirurgici o tossina botulinica	Ictus, mielopatia, T.C.E. = dopo 1 anno Sclerosi multipla = dopo 6 mesi da poussée Patologie neuromotorie in età evolutiva = dopo gli 8 anni Lesioni neurologiche periferiche polineuropatiche = in assenza di segni di riinnervazione Parkinson - SLA = in ogni fase temporale	Lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche = in presenza di segni di riinnervazione — entro 3 mesi	Lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche = in presenza di segni di riinnervazione — dopo 3 mesi
Ortopedico Traumatologico Reumatologico chirurgico	Politraumi = entro 6 mesi Protesizzazione maggiore (anca, ginocchio, spalla) = entro 3 mesi Fratture di femore = entro 3 mesi	Politraumi = dopo 6 mesi Protesizzazione maggiore (anca, ginocchio, spalla) = dopo 3 mesi Fratture di femore = dopo 3 mesi	Altra chirurgia ortopedica: entro 3 mesi-	Altra chirurgia ortopedica: dopo 3 mesi-
Oncologico	Entro 12 mesi	Dopo 12 mesi	-	-
Respiratorio	Entro 3 mesi	Dopo 3 mesi	-	-
Cardiologico	Entro 3 mesi	Dopo 3 mesi	-	-
Uro-procto-ginecologico	Entro 3 mesi	Dopo 3 mesi	-	-
Ortopedico Traumatologico Reumatologico non chirurgico	-	-	Fratture, lussazioni, monosegmentarie = entro 3 mesi	Fratture, lussazioni, distorsioni monosegmentarie, disturbi degenerativi e meccanici = dopo 3 mesi
	-	-		Dopo 3 mesi

PAGINA NON UTILIZZATA

MITTENTE

PROT.N.

DATA

Alla Redazione del Bollettino Ufficiale
REGIONE PIEMONTE
Piazza Castello 165
10122 Torino - Fax 011 4324363

Con la presente si richiede la sottoscrizione di un abbonamento al Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte.

(*)		TIPOLOGIA ABBONAMENTO	IMPORTO
TIPO S1	<input type="checkbox"/>	6 MESI ATTI DELLA REGIONE E ATTI DELLO STATO	€ 52,00
TIPO S3	<input type="checkbox"/>	6 MESI CONCORSI APPALTI ANNUNCI	€ 23,00

(*) indicare una o più tipologie – Il versamento può essere cumulativo

DATI IDENTIFICATIVI DI RINNOVO

RINNOVO <input type="checkbox"/> CODICE ABBONAMENTO []	COMPILARE IN MANCANZA DEL CODICE ABBONAMENTO O PER SOPRAVVENUTE VARIAZIONI	
	INTESTATARIO	
	INDIRIZZO	

DATI IDENTIFICATIVI DEL NUOVO ABBONAMENTO

NUOVO <input type="checkbox"/>	INDICARE I DATI DELL'INTESTATARIO E L'INDIRIZZO COMPLETO	
	INTESTATARIO	
	INDIRIZZO	

In allegato si trasmette copia del versamento
su C.C.P. n. 30306104 comprovante
l'avvenuto pagamento.

Distinti saluti _____

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 si informa il sottoscrittore dell'abbonamento che il trattamento dei dati personali dal sottoscrittore medesimo forniti con questa richiesta o comunque acquisiti a tal fine dal Responsabile del Settore Gestione del Sistema Documentale e del Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte, è finalizzato unicamente all'espletamento delle attività intese all'attivazione dell'abbonamento, ed avverrà a cura dei dipendenti incaricati del trattamento con ordine di servizio 28.4.2000 prot. n.7133/5.9 del Dirigente del Settore Gestione del Sistema Documentale e del Bollettino Ufficiale, in quanto Responsabile del trattamento, presso la Redazione del Bollettino Ufficiale, sita in Torino, Piazza Castello 165, con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi (Poste Italiane e ditta appaltatrice del servizio di stampa). Il conferimento di tali dati è necessario per l'attivazione dell'abbonamento e la loro mancata indicazione può precludere la medesima. Al sottoscrittore dell'abbonamento in quanto interessato sono riconosciuti i diritti di cui all'articolo 7 del d.lgs. n.196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al responsabile del Settore Gestione del Sistema Documentale e del Bollettino Ufficiale, piazza Castello 165, Torino



modello predisposto a cura della Redazione



Ciciu del Villar

Situata nella zona pedemontana, tra Dronero e Busca, in Provincia di Cuneo, la Riserva naturale dei Ciciu del Villar tutela un fenomeno geologico eccezionale: le colonne d'erosione, "funghi di pietra", risultato dell'erosione selettiva di un versante che qui si presentano in numero e dimensioni molto significative. Nell'immagine il gruppo di ciciu più noto: la Famiglia.



**BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE PIEMONTE**

Direzione - Redazione

Piazza Castello 165, 10122 Torino - Tel. 011432 - 3299 / 3994 / 4030 / 4674 / 3559 - Fax 011432 4363
Sito internet: <http://www.regione.piemonte.it>
e-mail: bollettino.ufficiale@regione.piemonte.it

<i>Direttore</i> Laura Bertino	<i>Dirigente</i> Roberto Falco
<i>Direttore responsabile</i> Roberto Moisis	<i>Redazione</i> Carmen Cimicchi
<i>Abbonamenti</i> Daniela Romano	Rosario Copia, Sauro Paglini
<i>Coordinamento Immagine</i> Alessandra Fassio	Anna Rotondo, Fernanda Zamboni

Avviso

Si evidenzia agli Enti e ai soggetti, pubblici e privati, che inviano avvisi da pubblicare sul Bollettino Ufficiale la necessità che gli avvisi stessi siano redatti in conformità ai disposti del D.Lgs. 196/2003, con particolare riferimento alla disciplina dei dati sensibili.