

Nota sui limiti dell'utilizzo delle tipologie di emodialisi – tariffe dialisi

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA IN VIGORE DECRETO COMMISSARIO AD ACTA 313/2013	RISPETTO ALLA PRECEDENTE TARIFFA
39.95.1	"Emodialisi in acetato o in bicarbonato" non ha limiti per la prescrittibilità nei centri dialisi (603/2004)	€ 154,94	↓
39.95.2	"Emodialisi in acetato o in bicarbonato ad assistenza limitata" non ha limiti per la prescrittibilità nei centri dialisi (603/2004)	€ 129,11	↓
39.95.3	"Emodialisi in acetato o in bicarbonato domiciliare" non ha limiti per la prescrittibilità nei centri dialisi (603/2004)	€ 103,29	↓
39.95.4	"Emodiafiltrazione in bicarbonato e membrane molto biocompatibili" non ha limiti per la prescrittibilità nei centri dialisi (DGR 1184/2004)	€ 165,27	↓
39.95.5	"Emodiafiltrazione" ha la prescrittibilità non superiore al 20,1% del totale annuale delle prestazioni dialitiche praticate presso lo stesso centro (603/2004 come modificata dalla DGR 563/2006)	€ 232,41	↑
39.95.6	" Emodiafiltrazione ad assistenza limitata" ha la prescrittibilità non superiore al 20,1% del totale annuale delle prestazioni dialitiche praticate presso lo stesso centro (603/2004 come modificata dalla DGR 563/2006)	€ 206,58	↑
39.95.7	" Altra emodiafiltrazione" ha la prescrittibilità non superiore al 20,1% del totale annuale delle prestazioni dialitiche praticate presso lo stesso centro (603/2004 come modificata dalla DGR 563/2006)	€ 258,23	↑
39.95.8	"Emofiltrazione" ha la prescrittibilità non superiore al 20,1% del totale annuale delle prestazioni dialitiche praticate presso lo stesso centro (603/2004 come modificata dalla DGR 563/2006)	€ 258,23	↑
39.95.9	"Emodialisi Emofiltrazione tecnica mista" ha la prescrittibilità non superiore al 20,1% del totale annuale delle prestazioni dialitiche praticate presso lo stesso centro (603/2004 come modificata dalla DGR 563/2006)	€ 206,58	↓
54.98.1	Dialisi Peritoneale Automatizzata (APD – CCPD)	€ 54,74	↓
54.98.2	Dialisi Peritoneale Continua (CAPD)	€ 46,48	↓

Dal deliberato del decreto del Commissario ad Acta 313/2013 "Di ritenere concluso il processo di informatizzazione relativo all'attività di dialisi, per cui a decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento l'onere di informatizzazione non sarà riconosciuto ad alcun titolo;"

Allegato I

Tariffa della Emodialisi in acetato o in bicarbonato			
Tipologia di emodialisi	Codice tariffa	Tariffa dialisi	
		£	€
Emodialisi in acetato o in bicarbonato	39.95.1	305.000	157,52

Tariffe delle altre prestazioni dialitiche							
Tipologie di emodialisi	Codice tariffa	Analisi costi (1)		Farmaci (2)	Personale (3)	Altro (4)	Tariffa dialisi (5)
		£	€				
Emodialisi in acetato o in bicarbonato-ad assistenza limitata	39.95.2	268.857	138,85 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	130,06 €
Emodialisi in acetato o in bicarbonato-domiciliare	39.95.3	233.455	120,57 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	111,78 €
Emodialisi in bicarbonato e membrane molto biocompatibili	39.95.4	349.276	180,39 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	171,60 €
Emodiafiltrazione	39.95.5	420.716	217,28 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	208,49 €
Emodiafiltrazione ad assistenza limitata	39.95.6	368.687	190,41 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	181,62 €
Altra Emodiafiltrazione	39.95.7	417.751	215,75 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	206,96 €
Emofiltrazione	39.95.8	421.111	217,49 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	208,70 €
Emodialisi - Emofiltrazione	39.95.9	421.111	217,49 €	19,11 €	2,21 €	8,11 €	208,70 €
Dialisi Peritoneale Automatizzata (APD)	54.98.1	142.569	73,63 €				73,63 €
Dialisi Peritoneale Continua (CAPD)	54.98.2	104.191	53,81 €				53,81 €
Note:							
1) Analisi costi indicate nella "Relazione conclusiva" del 14 gennaio 2002.							
2) Farmaci che vanno erogati direttamente dalle Aziende USL presso i centri di dialisi. Il costo corrispondente va detratto all'importo indicato nella colonna "Analisi costi".							
3) Rivalutazione del costo del personale attribuibile al solo personale infermieristico.							
4) Costo relativo a: invio dei sieri ai centri trapianti come da DGR 1614/01; valutazione del ricircolo artero-venoso; anamnesi e valutazione definite complessive -codice 89.03 del tariffario nazionale; anamnesi e valutazione definite brevi -codice 89.01							
5) Gli importi nella colonna "tariffa dialisi", corrispondono alle tariffe definitive per le diverse tipologie di dialisi ad alta biocompatibilità; tali tariffe risultano dalla somma degli importi presenti nelle colonne "personale", "altro" e "analisi costi", ed il risultato sottratto degli importi presenti nella colonna "farmaci".							

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 4 luglio 2013, n. U00313

Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale.D.M. 18.10.2012

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

**Oggetto: Approvazione Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale .
D.M. 18.10.2012**

**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO IN QUALITA' DI
COMMISSARIO AD ACTA**

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale n. 3/2001;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni ed in particolare l'articolo 98;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e ss. mm. ed ii. concernente: *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”*;

VISTO, in particolare, l'art. 8 quinquies, comma 2 lettera e-bis del suddetto D.lgs

CONSIDERATO che la Regione Lazio per aver maturato nel tempo disavanzi di gestione non ripianabili entro il 31 maggio 2006 e per aver accertato un livello di indebitamento del settore sanitario di rilevante consistenza si è trovata nella condizione di dover stipulare l'accordo previsto nell'art. 1 comma 180 Legge dello Stato n. 311 del 30 dicembre 2004 – legge finanziaria 2005 - e di dover ottemperare a tutti gli obblighi, ivi disciplinati, per le Regioni in squilibrio economico finanziario;

VISTA la deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: *“Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”* e la deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”*;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore

sanitario della Regione, secondo i Programmi operativi di cui al richiamato articolo 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

DATO ATTO che con la citata delibera del 21 marzo 2013 sono stati confermati i contenuti del mandato commissariale affidato a suo tempo al Presidente *pro tempore* della Regione Lazio con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, come riformulato con la successiva deliberazione del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati a decorrere dal corrente anno;

DATO ATTO che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato Sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con delibera del 20 gennaio 2012 ha, tra l'altro, rimodulato le funzioni del Sub Commissario Giuseppe Antonino Spata ed ha nominato a Sub Commissario il dott. Gianni Giorgi a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1 ottobre 2007, n. 159;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni e P.A. il 3 dicembre 2009 con il quale, all'art. 13, comma 14 è stato stabilito che per le Regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme attuative del medesimo patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

VISTO l'articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e in particolare il comma 88, il quale prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* dell' 8 aprile 2010, n. 33 e ss. m.. ed ii. recante: “*Revoca Decreti del Commissario ad Acta n. U0096 del 29.12.2009 e n. U0009 del 26.01.2010 ed approvazione Programmi Operativi 2010*”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 21 aprile 2010, n. 37 e ss. m.. ed ii. recante “*Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U0033 del 08.04.2010*”;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 dicembre 2010, n. 113 recante “*Programmi Operativi 2011-2012*”;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, pubblicato sulla G.U. 8 febbraio 2002 n. 33 recante “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza* “, che individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del servizio sanitario nazionale ai sensi dell’art. 1, comma 7 del D.lgs n. 502/1992 e s.m.i;

VISTO il decreto - legge 6 luglio 2012 n. 95, recante “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini* “, convertito, con modificazioni in legge 7 agosto 2012 n. 135;

PRESO ATTO, in particolare, dell’art. 15 comma 15 del suddetto decreto legge 95/12, come modificato dalla legge di conversione n. 135/2012 che - in deroga alla procedura prevista dall’art. 8 sexies, comma 5 del D.lgs 502/92- stabilisce che il Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente Stato regioni, determina con proprio decreto le tariffe massime che le regioni le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del S.S.N;

VISTO il Decreto del Ministero della salute del 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8 recante : “ *Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post- acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*” con cui è stata data attuazione alle disposizioni di cui al citato decreto legge n. 95 del 2012 art. 15 comma 15, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza medica post acuzie;

CONSIDERATO che Il D.M. 18/10/2012, nel far riferimento all’art. 15, comma 17 del D.L. 95/2012 prevede che:”*Gli importi tariffati, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell’art. 12 dell’intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell’equilibrio economico – finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l’accordo di cui all’art. 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del*

servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono limite invalicabile”;

RILEVATO, pertanto, che avendo la Regione Lazio sottoscritto l'accordo ex L. 311/2004, art. 1, comma 180 L. 311, le tariffe massime di cui al DM 18.10.2012 costituiscono per la regione Lazio limite invalicabile;

PRESO ATTO che il provvedimento tariffario regionale corrente in materia di prestazioni di specialistica ambulatoriale è la DGR 114/2008 del 29.02.2008 e s.m.i,

CONSIDERATO che il sopracitato D.M. ha previsto, nelle more di una organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, che l'aggiornamento tariffario può riguardare esclusivamente le prestazioni e le corrispondenti tariffe riportate del decreto del Ministero della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale 14 settembre 1996 n. 216;

PRESO ATTO che, ai sensi dall'art 1 del D.M. 18 ottobre 2012, pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28 gennaio 2013 – Supplemento ordinario n. 8, le tariffe di cui al medesimo decreto sono valide dalla data di entrata in vigore del decreto e fino alla data del 31 dicembre 2014;

RITENUTO necessario procedere all'adozione del Tariffario della specialistica ambulatoriale ex D.M. 18 ottobre 2012, fatte salve le prestazioni derivanti da processi di deospedalizzazione, da accorpamenti di prestazioni, APA e PAC e confermando l'esclusione delle prestazioni già eliminate dal vigente tariffario;

RITENUTO di confermare le attuali condizioni di erogabilità con onere SSR delle prestazioni tra i soggetti erogatori;

PRESO pertanto atto del documento trasmesso dall'ASP Lazio Sanità con nota prot. 6620/ASP/DG del 26/06/2013, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento – Allegato A – in cui sono riportate, in conformità con il D.M. 18.10.2012, le tariffe applicabili nella Regione Lazio relative alla remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica;

RICHIAMATA la previsione contenuta nelle premesse al D.M. 18 ottobre 2012 in cui si specifica che nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica è assorbito il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza dell'impatto finanziario a livello complessivo nazionale;

RITENUTO confermato quanto previsto in ordine all'applicazione della quota fissa di cui al Decreto Commissariale n. U0042 del 17/11/2008 e s.m.i e dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98;

VISTO l'art. 1, comma 171 della L. 30 dicembre 2004 n. 311, il quale vieta, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalla modalità in cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale e dispone inoltre la nullità dei contratti e degli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;

CONSIDERATO che le tariffe di cui al presente decreto commissariale decorrono dalla data di pubblicazione dello stesso;

RITENUTO che nell'anno 2014, al completamento del processo di accreditamento istituzionale e del riordino della rete laboratoristica, la regione valuterà l'opportunità di estendere l'erogabilità di tutte le prestazioni del nomenclatore a tutti i soggetti privati accreditati, ferme restando la sussistenza dei dovuti requisiti di accreditamento di cui alla vigente normativa verificati in sede di accreditamento istituzionale e le risorse destinate al settore;

RITENUTO necessario di dover procedere con apposito provvedimento ad un aggiornamento delle prestazioni derivanti dai processi di deospedalizzazione volto ad intervenire ulteriormente, attraverso il trasferimento di altre prestazioni dal regime ospedaliero al regime della specialistica ambulatoriale e alla rivisitazione delle tariffe, sull'incidenza dei costi a carico del SSR, ferma restando la tutela della salute dei cittadini;

RITENUTO, con riferimento all'attività di dialisi, che il processo di informatizzazione di cui alla DGR 410/2003, Det. 0899/2003, DGR 603/2004 possa ragionevolmente ritenersi concluso, per cui a decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento l'onere di informatizzazione non sarà riconosciuto ad alcun titolo;

DATO ATTO che il presente provvedimento stesso sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;

CONSIDERATO altresì che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rettificare il presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale;

DECRETA

Le premesse sono parte integrante del presente provvedimento;

1. Di procedere all'adozione del Tariffario della specialistica ambulatoriale ex D.M. 18 ottobre 2012, fatte salve le prestazioni derivanti da processi di deospedalizzazione, da accorpamenti di prestazioni, APA e PAC e confermando l'esclusione delle prestazioni già eliminate dal vigente tariffario;
2. Di confermare le attuali condizioni di erogabilità con onere SSR delle prestazioni tra i soggetti erogatori;
3. Di approvare, in conformità alle tariffe di cui al D.M. 18.10.2012 il nomenclatore tariffario regionale per le prestazioni di assistenza specialistica quale risulta dall'allegato "A", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
4. Di dare atto che nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica è assorbito il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza dell'impatto finanziario a livello complessivo nazionale;
5. Di ritenere confermato quanto previsto in ordine all'applicazione della quota fissa di cui al Decreto Commissariale n. U0042 del 17/11/2008 e s.m.i e dalla legge 15 luglio 2011 n. 111 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 6 luglio 2011 n. 98;
6. Che le tariffe di cui al presente decreto commissariale decorrono dalla data di pubblicazione dello stesso;
7. Di ritenere necessario che nell'anno 2014, al completamento del processo di accreditamento istituzionale e del riordino della rete laboratoristica, la regione valuterà l'opportunità di estendere l'erogabilità di tutte le prestazioni del nomenclatore a tutti i soggetti privati accreditati, ferme restando la sussistenza dei dovuti requisiti di accreditamento di cui alla vigente normativa verificati in sede di accreditamento istituzionale e le risorse destinate al settore;
8. Di dover procedere con apposito provvedimento ad un aggiornamento delle prestazioni derivanti dai processi di deospedalizzazione volto ad intervenire ulteriormente, attraverso il trasferimento di altre prestazioni dal regime ospedaliero al regime della specialistica ambulatoriale e alla rivisitazione delle

tariffe, sull'incidenza dei costi a carico del SSR, ferma restando la tutela delle salute dei cittadini;

9. Di ritenere concluso il processo di informatizzazione relativo all'attività di dialisi, per cui a decorrere dalla data di pubblicazione del presente provvedimento l'onere di informatizzazione non sarà riconosciuto ad alcun titolo;
10. Di trasmettere il presente decreto ai Ministeri della Salute e dell'Economia e Finanze successivamente alla sua adozione;
11. Che la Regione si riserva espressamente la facoltà di rettificare il presente decreto in esito al parere espresso dai ministeri affiancanti riguardo il medesimo atto commissariale

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Nicola Zingaretti

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - NOMENCLATORE TARIFFARIO "Allegato A "

Nota	Codice	Descrizione	Tipo	Codice Branca 1	Codice Branca 2	Codice Branca 3	Codice Branca 4	Tariffa Euro
AH	38.59.1	FLEBECTOMIA (MINISTRIPPING) DI VENE VARICOSE SINGOLA O MULTIPLA DELL'ARTO INFERIORE (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento)	P	05	09			430,00
AIH	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI con tecnica laser (prestazione comprensiva di esami pre e post intervento, intervento e visita di controllo)	C	05	09			400,00
H	38.95	CATERETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio	E	29				258,23
H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42. 1-88.48)	D	05	64			30,99
	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	E	70				32,25
	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	E	70				51,63
	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	E	05	08			8,73
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	C	29				154,94
	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	E	29				129,11
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	E	29				103,29
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	C	29				165,27
H	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata	C	29				232,41

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - NOMENCLATORE TARIFFARIO "Allegato A "

Nota	Codice	Descrizione	Tipo	Codice Branca 1	Codice Branca 2	Codice Branca 3	Codice Branca 4	Tariffa Euro
	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata	C	29				206,58
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili	C	29				258,23
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	C	29				258,23
H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	C	29				206,58
	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	E	29				17,46
	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	E	09				58,52
	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	E	09	69			83,02
	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	E	09	69			146,44
	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	D	09				48,86
	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagostrodenoscopia (EGD) con biopsia (45.16)	E	58				64,40
	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	E	58				13,94
	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	E	58				81,60
	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee	E	58				60,48

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - NOMENCLATORE TARIFFARIO "Allegato A"

Nota	Codice	Descrizione	Tipo	Codice Branca 1	Codice Branca 2	Codice Branca 3	Codice Branca 4	Tariffa Euro
H	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	E	09				86,80
H	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	E	09	69			122,92
	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	C	09				34,86
H	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE Drenaggio delle regioni superficiali	E	09	69			154,92
	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi	E	29				104,58
H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	E	64				61,97
H	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	E	29				54,74
	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	E	29				46,48
H	55.41	POSIZIONAMENTO PER VIA PERCUTANEA DI DRENGGIO NEFROSTOMICO	E	80				774,70
H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE Puntura di cisti renale	E	43				74,40
H	56.31	URETEROSCOPIA Con strumento flessibile	E	43				101,78
	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico	E	43				32,76

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - NOMENCLATORE TARIFFARIO "Allegato A"

Nota	Codice	Descrizione	Tipo	Codice Branca 1	Codice Branca 2	Codice Branca 3	Codice Branca 4	Tariffa Euro
	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica	E					20,66
	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe	E					46,48
	89.11	TONOMETRIA	E	38	34			13,94
	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE Rinomanometria	E	38				13,94
	89.13	VISITA NEUROLOGICA	C	32				20,66
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperprnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	C	32				23,24
	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	C	32				34,86
	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	E	32				34,86
	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	E	32				46,48
H	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore	E	32				34,86
	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	E	32				34,86
	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	E	32	38			23,24

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE - NOMENCLATORE TARIFFARIO "Allegato A "

Nota	Codice	Descrizione	Tipo	Codice Branca 1	Codice Branca 2	Codice Branca 3	Codice Branca 4	Tariffa Euro
	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO Irrigazione corneale Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)	C	34				3,87
	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	C	38				7,75
	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	C	35				9,71
	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	E	35				3,87
	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE Per seduta	C	35				5,84
	96.57	IRRIGAZIONE DI CATERERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	E	29				15,49
	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA Pulizia di ferita NAS Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)	C					3,87
	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati	E	36				9,71
	97.29.1	REVISIONE DI CATERERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	E	29				15,49
	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico	C	35				6,46
	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	E	37				9,71
	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	E	29				9,71