



Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

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

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

Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali”;

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

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

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

- al comma 15, introduce una procedura, in deroga a quella prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, prevede che *“il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”*;
- al comma 16, dispone che *“Le tariffe massime delle strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, continuano ad applicarsi fino all'adozione dei decreti ministeriali di cui all'articolo 64, commi 2 e 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, da emanare entro il 28 febbraio 2018”*;
- al comma 17, prevede che *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”*;
- al comma 18, dispone l'abrogazione delle disposizioni contenute nel primo, secondo, terzo, quarto periodo dell'art. 1, comma 170 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

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

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto*

legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell’articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include i nuovi nomenclatori dell’assistenza specialistica ambulatoriale e dell’assistenza protesica, che disciplinano interamente le relative materie;

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

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

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

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 23 giugno 2023 che determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con entrata in vigore dal 1° gennaio 2024, e di assistenza protesica, con entrata in vigore dal 1° aprile 2024;

VISTO il decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 31 dicembre 2023 con il quale viene prorogata al 1° aprile 2024 l’entrata in vigore delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

VISTO il successivo decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze 31 marzo 2024 con il quale si differisce al 1° gennaio 2025 l’entrata in vigore delle tariffe nazionali individuate con il decreto ministeriale 23 giugno 2023, anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe;

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

VISTO il decreto del Ministro della salute 18 gennaio 2016 che ha istituito e nominato la Commissione permanente di cui all’articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l’articolo 2, comma 4, laddove prevede che la Commissione, nel corso dello svolgimento della propria

attività, è tenuta a sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche ed ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti;

VISTO il successivo decreto del Ministro della salute 26 maggio 2022 con il quale è stata determinata la nuova composizione della Commissione permanente di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l'articolo 1, comma 4, laddove prevede che la Commissione, nel corso dello svolgimento della propria attività, può sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche ed ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti, nonché i successivi decreti del Ministro della salute 21 giugno 2022 e 1° agosto 2023 con i quali si opera una ulteriore revisione dei componenti della citata Commissione permanente;

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

TENUTO CONTO degli esiti delle sedute plenarie della Commissione permanente tariffe già avutesi il 3 dicembre 2019 ed il 12 agosto 2022 e, successivamente, degli esiti delle sedute plenarie del 17 giugno 2024, 9 luglio 2024, 29 luglio 2024, 6 agosto 2024 e 11 ottobre 2024 durante le quali è stata definitivamente approvata la proposta tariffaria di cui al presente decreto, in applicazione di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, unitamente alla relazione che descrive il percorso metodologico seguito dalla medesima Commissione nella definizione della nuova proposta tariffaria;

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

RITENUTO di dover fissare al **30 dicembre 2024** l'entrata in vigore delle disposizioni di cui al presente decreto e di dover prevedere la definizione di una fase transitoria per la gestione delle ricette emesse fino al 29 dicembre 2024 sulla base del vecchio nomenclatore;

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

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

DECRETA

Art. 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. In applicazione dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni **e fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del DL 95 del 2012** il presente decreto determina le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza

protesica, individuate sulla base del percorso metodologico di cui alla relazione citata nelle premesse che allegata al presente decreto ne costituisce parte integrante (Allegato 1).

2. **Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del DL 95 del 2012** Le tariffe massime di cui al presente decreto sostituiscono le tariffe allegate al precedente decreto ministeriale del 23 giugno 2023 e costituiscono riferimento massimo per tutte le regioni e le province autonome.

Art. 2

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

1. **Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del DL 95 del 2012** le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale di cui all'allegato 4 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, sono individuate all'Allegato 2, che costituisce parte integrante del presente decreto.
2. Le tariffe di cui al presente articolo costituiscono la remunerazione omnicomprensiva delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e si intendono come tariffe massime, a carico del fondo sanitario, **per ciascuna regione e provincia autonoma fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del DL 95 del 2012. Le tariffe massime di cui al presente articolo valgono come tariffe di riferimento per la compensazione di mobilità interregionale.** Le regioni possono, nell'ambito degli accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria approvati dalla Conferenza Stato- Regioni nel rispetto degli equilibri di bilancio programmati, prevedere una remunerazione aggiuntiva, **coerentemente con quanto previsto dall'articolo 15, comma 17, del DL 95 del 2012**, limitatamente a erogatori espressamente individuati e in relazione alle prestazioni indicate nell'Allegato 2 per i costi associati all'eventuale utilizzo di specifici farmaci ad alto costo.

Art. 3

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

1. **Fermo restando quanto disposto dall'articolo 15, comma 17, del DL 95 del 2012**, le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza protesica su misura erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale di cui all'allegato 5, elenco 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza sono individuate all'Allegato 3, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 4

(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

1. Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Le regioni tengono conto, altresì, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 2 e 3 e dell'art. 8-quinquies, comma 2-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, rispettivamente dell'eventuale finanziamento extra tariffario delle funzioni assistenziali, nonché di eventuali risorse già attribuite per spese di

investimento, ai sensi dell'art. 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, e successive modificazioni.

Art. 5
(Disposizioni transitorie e finali)

1. Le disposizioni di cui al presente decreto entrano in vigore dal **30** 4° dicembre 2024. ~~e si applicano anche alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.~~
Nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e Bolzano il decreto trova applicazione solo nelle parti compatibili con le prerogative di cui allo statuto di autonomia e delle norme di attuazione.
2. Le prescrizioni emesse entro il **29 dicembre** 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, sono erogabili con le relative tariffe entro e non oltre **12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del presente decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi**, secondo le specifiche tecniche indicate per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria.
3. Le prescrizioni di protesica emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni contenute nell'elenco di cui al decreto ministeriale. n. 332/1999 saranno erogabili entro e non oltre **12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del presente decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi**, con le relative tariffe. Il rispetto della scadenza di erogazione di cui al primo periodo rileva ai fini delle verifiche di cui al comma 9 del presente articolo, sulla base dei dati delle prestazioni erogate risultanti nel Sistema Tessera Sanitaria. Ai fini della dematerializzazione delle prescrizioni di protesica emesse progressivamente a partire dal 30° dicembre 2024, si provvede secondo modalità da definirsi con specifico decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali.
4. Le prescrizioni emesse entro il **29 dicembre** 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, conservano la validità definita dalle vigenti norme regionali, ai fini della prenotazione.
5. Decorse le scadenze di cui al comma 2 **del presente articolo**, nonché della validità di cui al comma 4, le relative prescrizioni mediche dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, sulla base delle informazioni trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome ovvero, per gli assistiti SASN, dal Ministero della salute.
6. A partire dal **30 dicembre 2024** le ricette mediche specialistiche prescritte in tutte le regioni e province autonome ovvero dai medici SASN possono essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017. Per le ricette mediche dematerializzate, il Sistema Tessera Sanitaria imposta il corrispondente controllo bloccante, sulla base dell'elenco dei codici nazionali resi disponibili dal Ministero della salute e dei cataloghi e di eventuali codici regionali resi disponibili da ciascuna regione e provincia autonoma
7. La validità delle ricette emesse dal **30 dicembre 2024** è stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale. La

ricetta conserva la propria validità fino alla data di effettiva erogazione se le prestazioni sono prenotate entro la scadenza di cui al primo periodo. Decorso tale periodo di validità le relative prescrizioni mediche dematerializzate sono invalidate automaticamente nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria, anche sulla base delle informazioni inerenti alle eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale trasmesse al medesimo Sistema dalle regioni e province autonome.

8. La validità della ricetta medica specialistica dematerializzata di cui al presente articolo è riportata da parte del Sistema Tessera Sanitaria anche sul promemoria della medesima ricetta dematerializzata. L'assistito può verificare la scadenza della propria ricetta sul portale del Sistema Tessera Sanitaria www.sistemats.it, secondo le modalità di cui al decreto 30 dicembre 2020 del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute.
9. Il rispetto di quanto disposto dal presente decreto costituisce adempimento ai fini dell'accesso alla quota premiale di cui all'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge n. 191/2009.

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

IL MINISTRO DELLA SALUTE

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI, DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

RELAZIONE ILLUSTRATIVA E METODOLOGICA

SOMMARIO

1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO	2
2. OBIETTIVI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE	6
3. ATTIVITÀ PRELIMINARE DEL GRUPPO DI LAVORO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	7
3.1 STRUMENTI DI TRASPARENZA E COMUNICAZIONE	7
3.2 RACCOLTA DEGLI STUDI DI RILEVAZIONE DEI COSTI.....	8
3.3 LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO	10
3.4 SCALA DEI VALORI TARIFFARI.....	12
4 LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER PRESTAZIONE	13
4.1 I COSTI DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO.....	13
4.2 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI GENETICA MEDICA	18
4.3 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	18
5 L'ANALISI DELLA VARIABILITÀ DELLE TARIFFE REGIONALI	19
5.2 RADIOTERAPIA.....	20
5.3 TRASFERIMENTI DI SETTING	20
6 IL CONTRIBUTO DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA E SOCIETÀ SCIENTIFICHE.....	22
6.1 ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA	22
6.2 SOCIETÀ SCIENTIFICHE	22
7 PROTESICA.....	34
7.1 INTRODUZIONE	34
7.2 LA DEFINIZIONE DELL'AMBITO DI INTERVENTO: DAL NOMENCLATORE EX DM 332 DEL 1999 ALL'ATTUALE NOMENCLATORE EX DPCM LEA 2017.....	35
7.3 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: LA RACCOLTA DELLE INFORMAZIONI.....	36
7.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE	40
7.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE NELLE SINGOLE CLASSI DEL NOMENCLATORE	42
7.5 LA PROPOSTA DI UN NUOVO TARIFFARIO E IL CONFRONTO CON LE ORGANIZZAZIONI DI CATEGORIA	44
7.6 IL PROCESSO DI AGGIORNAMENTO CONTINUO DELLE TARIFFE E LA NECESSITÀ DI UNA RILEVAZIONE PUNTUALE	50
APPENDICE	52
ELENCO DELLE SIGLE E DEGLI ACRONIMI.....	52

1. IL QUADRO GIURIDICO DI RIFERIMENTO

Il presente provvedimento è adottato in coerenza con le previsioni di cui all'articolo 9 del Patto per la salute 2014-2016, su cui è stata sancita Intesa in Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10 luglio 2014 (Rep. Atti n. 82/CSR), in applicazione dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 (d'ora in poi decreto legislativo n. 502/1992), nella consapevolezza della necessità di realizzare un meccanismo stabile di aggiornamento tariffario che segua il percorso di aggiornamento periodico delle prestazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, attraverso le attività della specifica commissione permanente tariffe, di cui fanno parte rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas).

Si riportano di seguito alcuni elementi in merito alla remunerazione tariffaria

1.1. LE PECULIARITÀ DELLA REMUNERAZIONE TARIFFARIA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE INCLUSE NEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni sanitarie erogate per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta una delle componenti essenziali del vigente ordinamento sanitario e rappresenta un procedimento amministrativo a carattere e contenuto generale di elevata complessità.

Il richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, infatti, fissa alcuni principi fondamentali, tutti volti ad assicurare al sistema sanitario una operatività fondata sui principi di efficienza, di efficacia e di sostenibilità che si realizzano concretamente mediante una corretta programmazione ex ante delle produzioni sanitarie (delle strutture pubbliche e dei privati accreditati) e sulla loro corretta remunerazione, nel rispetto dei vincoli del finanziamento del SSN. In tale ambito l'articolo distingue fra:

1. le **funzioni assistenziali** (vale a dire le attività consistenti in: a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti; b) programmi di assistenza ad elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona; c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione; d) programmi di assistenza a malattie rare; e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento; f) programmi sperimentali di assistenza; g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori) la cui remunerazione è da definirsi sulla base di **standard organizzativi e di costi unitari predefiniti dei fattori produttivi, tenendo conto, quando appropriato, del volume dell'attività svolta;**
2. le **attività assistenziali diverse dalle funzioni** (la norma prevede la definizione dell'unità di prestazione o di servizio da remunerare) la cui remunerazione è determinata in base a tariffe predefinite massime fissate nel rispetto dei **principi di efficienza e di economicità** nell'uso delle risorse, tenendo dunque conto, *anche in via alternativa:*
 - a) *dei costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di **efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza** come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;*
 - b) *dei costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;*
 - c) *dei tariffari regionali e di differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.*

Il medesimo articolo, nel ribadire il rispetto del **principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio** derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, stabilisce che le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale e che gli importi tariffari fissati dalle singole regioni eventualmente in misura superiore alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali.

In sintesi la legislazione vigente vuole che il sistema tariffario esprima una remunerazione definita sulla base dei costi di produzione sostenuti non dalla totalità degli erogatori presenti sul mercato (condizione che stabilizzerebbe l'inefficienza e la scarsa qualità nel sistema di produzione italiano), ma da quelli efficienti, appropriati e qualitativamente adeguati, come emergenti dalla preventiva selezione ovvero dal confronto dei tariffari regionali.

Per quanto attiene poi in particolare alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica, si ricorda che l'articolo 64, commi 2 e 3, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 (DPCM LEA) recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*” ha previsto che le relative disposizioni entrino in vigore solo a seguito della pubblicazione del decreto ministeriale di definizione delle tariffe massime nazionali. Dunque per tali prestazioni il presente decreto diviene funzionale alla piena esplicazione degli effetti del richiamato DPCM LEA.

In sintesi, con il presente decreto, si provvede, ai sensi del richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, a definire l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e a stabilirne la tariffa massima, in base ai criteri dettati dalla medesima norma e sopra riportati.

1.2. LA NATURA PROGRAMMATORIA DELLA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE AI SENSI DELL'ARTICOLO 8-SEXIES DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992 N. 502 E IL PARTICOLARE RILIEVO DELLE ATTIVITÀ DEGLI EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI

La determinazione delle tariffe massime nazionali ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 rientra nell'ambito delle tradizionali funzioni governative di programmazione sanitaria ed economica, come comprovato dalla previsione di cui all'articolo 1, comma 3, dello stesso decreto legislativo n. 502/1992 in virtù del quale la definizione dei LEA avviene “*contestualmente*” all'individuazione delle relative risorse finanziarie (nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica), in un processo unitario di programmazione, al contempo sanitaria e finanziaria, e di definizione di contenuti concreti della funzione svolta dal Servizio sanitario in termini di prestazioni sanitarie offerte ai cittadini nei limiti e sotto le condizioni di sostenibilità del servizio.

La funzionalizzazione al raggiungimento degli obiettivi istituzionali propri del SSN viene ad innervare tutte le sue componenti, ivi comprese la determinazione delle tariffe relative all'erogazione delle prestazioni e il regime applicabile alla relativa collaborazione pubblico-privato.

Con riferimento a quest'ultimo profilo, in particolare, si evidenzia come l'articolo 8-bis, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992 imponga di strutturare la posizione degli erogatori privati accreditati all'interno del SSN in termini di sussidiarietà rispetto alle attività di erogazione delle prestazioni assistenziali direttamente svolte dagli erogatori pubblici, piuttosto che di mero procurement di prestazioni o di diretta esternalizzazione di un servizio pubblico.

La richiamata natura sussidiaria del ruolo assolto da parte degli erogatori privati accreditati, ai sensi degli articoli 8 bis, comma 1, 8 quater ed 8-quinquies del decreto legislativo n. 502/1992, distingue profondamente la natura di questo rapporto di collaborazione pubblico-privato rispetto ai rapporti fondati su sistemi di procurement e di concessione di servizio, ai sensi della disciplina sui contratti pubblici: l'attività che si è legittimati a svolgere per conto e a carico del SSN, infatti, non rappresenta un regime di esclusiva in favore di un determinato operatore di mercato, in quanto non obbliga l'utenza a rivolgersi esclusivamente ad un dato erogatore quale “*monopolista legale*” del servizio sanitario; al contrario, obiettivo del regime di accreditamento istituzionale delle strutture private e pubbliche è quello di ampliare il novero dei potenziali erogatori di

prestazioni a carico del sistema istituzionale, attraverso la determinazione di criteri ulteriori di qualità delle attività sanitarie, rispetto al livello minimo di sicurezza delle cure garantito attraverso i requisiti minimi di autorizzazione di cui all'articolo 8 ter del decreto legislativo n. 502/1992, il tutto con la funzione di implementare la libertà di scelta che l'ordinamento garantisce alla persona che abbia bisogno di ricorrere a prestazioni sanitarie.

La determinazione di tariffe massime nazionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie incluse nell'ambito dei LEA viene ad assumere un significato non assimilabile alla determinazione tariffaria dei servizi economici di interesse generale, quale ad esempio la fornitura di energia elettrica: nell'ambito dei servizi economici di interesse generale, infatti, la determinazione di tariffe per l'erogazione del servizio rappresenta l'espressione di funzioni istituzionali di regolazione economica ed indipendente del mercato, volte al bilanciamento diretto tra il livello ottimale di remuneratività imprenditoriale delle prestazioni e le condizioni di generale accessibilità del servizio per l'utenza.

Altresì differente appare il contesto della disciplina dell'erogazione di prestazioni ricomprese nel tradizionale novero dei servizi pubblici esternalizzati attraverso il ricorso a strumenti di procurement, quale ad esempio il settore dei servizi pubblici locali, caratterizzati dalla previsione di regimi di sostanziale monopolio legale di attività con riferimento a determinati ambiti territoriali: con riferimento a tali attività, infatti, la determinazione delle tariffe per la prestazione del servizio risulta funzionale all'ottimale proporzione tra la suddetta remuneratività imprenditoriale delle prestazioni e le condizioni di accessibilità da parte dell'utenza, in uno con l'efficienza della spesa pubblica, rappresentata dall'eventuale quota di remunerazione.

Nell'ambito dell'erogazione a carico del SSN di prestazioni assistenziali comprese nei LEA, invece, il ruolo degli erogatori privati accreditati (si rammenta che l'accreditamento consiste nell'abilitazione a contrattare con il SSN una volta acclarati i requisiti tecnici, strutturali e organizzativi generali e specifici della struttura, ferma restando la necessità, ai fini della produzione in nome e per conto del SSN, di sottoscrivere apposito contratto) assume una connotazione del tutto peculiare: da una parte, infatti, la natura di spesa pubblica diretta che caratterizza il regime di remunerazione di tali attività fondata sulla fiscalità generale, con riferimento alle prestazioni erogate tanto da strutture pubbliche, quanto da strutture private accreditate, esclude che il relativo regime tariffario possa essere assimilato all'esercizio di una funzione di regolazione economica del mercato. Dall'altra, l'ordinamento non preclude agli erogatori privati accreditati di svolgere in regime di libero mercato attività remunerata dalla spesa privata ulteriore, per tipologia e/o quantità di prestazioni, rispetto alle attività ricomprese nel regime di accreditamento istituzionale e di convenzionamento con il SSN.

In particolare, l'ordinamento assegna al regime di accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8 quater del decreto legislativo n. 502/1992 la funzione di indicare al livello di singole strutture sanitarie, pubbliche e private, le migliori condizioni di qualità nell'erogazione delle prestazioni, anche tenendo conto dell'appropriatezza clinica ed economica dei *setting* assistenziali di erogazione delle prestazioni accreditate per ciascuna struttura.

Nel vigente ordinamento, infatti, è proprio attraverso il sistema di accreditamento che si realizza la garanzia di efficienza e qualità delle cure, che l'articolo 8-sexies, comma 5, lettera a), del decreto legislativo n. 502/1992 richiede quale condizione preliminare per l'individuazione delle strutture con riferimento alle quali assumere i costi standard di produzione, come parametro per la determinazione delle tariffe per la remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Tale inequivoca indicazione legislativa ha reso opportuno procedere all'individuazione delle strutture private accreditate di riferimento per la determinazione delle presenti tariffe in coerenza con i parametri di qualità ed appropriatezza così come definiti, in attuazione dell'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 26 dicembre 2006, n. 296, dall'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2011, rep. atti n. 61/CSR, recante "*Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio*".

1.3. L'OBIETTIVO DELL'EFFICIENZA NEL RISPETTO DEI PARAMETRI DI APPROPRIATEZZA E DI QUALITÀ

Il Servizio sanitario nazionale in tutte le sue componenti è soggetto, come sopra segnalato, ai principi di buona amministrazione e di economicità della gestione, allo scopo di massimizzare (in termini quantitativi e qualitativi) l'offerta sanitaria con le risorse date, anche tenuto conto dell'elevata e crescente automazione, della costante innovazione tecnologica, nonché di crescenti livelli di efficienza organizzativa e produttiva che si rendono raggiungibili e che consentono la riduzione dei costi unitari delle singole prestazioni a parità di volumi e di standard qualitativi. A legislazione vigente, quindi, l'inclusione indiscriminata, nella metodologia di determinazione delle tariffe di cui al presente provvedimento, di dati di costo relativi alle attività svolte da erogatori di prestazioni con volumi di attività inferiori al parametro minimo fissato dall'ordinamento (anche allo scopo di assicurare adeguati standard qualitativi) determinerebbe una massiva introduzione di valori di costo inefficienti, con ciò distorcendo la funzione assegnata alle tariffe secondo il richiamato articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 (funzione di remunerazione in condizioni di produzione efficiente ed appropriata) e compromettendo la possibilità per il SSN di erogare il massimo delle prestazioni possibili con il livello del finanziamento dato, con ciò riducendo, in ultima istanza, le tutele dei cittadini, in contrasto con l'assetto ordinamentale vigente.

Ciononostante nell'ambito dell'istruttoria procedimentale si è, ad ogni modo, cercato di tener conto anche dei differenti dati di costo della produzione, relativi all'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da parte di operatori con volumi di attività inferiori al livello minimo individuato dall'ordinamento vigente. Ciò è stato fatto compatibilmente con le molteplici e rilevanti criticità riscontrate nella produzione di dati da parte di tali operatori di piccole dimensioni, già a partire dalla incapacità di rappresentare in modo efficacemente misurabile le attività svolte per la mancanza di una contabilità analitica delle proprie attività produttive.

Sul punto appare opportuno richiamare quanto già rappresentato, in ordine all'importanza di condurre l'attività oggetto del presente provvedimento nella piena ottemperanza della propria funzione istituzionale e in coerenza con i fini ed i principi del SSN, così come indicati dalla legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dal decreto legislativo n. 502/1992 nei testi vigenti, in attuazione delle previsioni di cui all'articolo 32 della Costituzione: ne consegue che nell'esercizio dei poteri di programmazione economica in sanità, cui afferisce anche la determinazione delle presenti tariffe, il valore della tutela dei margini di profitto degli erogatori privati accreditati deve considerarsi recessivo di fronte all'esigenza di assicurare piena effettività alle condizioni di qualità e sicurezza delle cure e alle relative condizioni di sostenibilità della spesa pubblica, come definiti in termini di LEA dal vigente DPCM 12 gennaio 2017.

2. OBIETTIVI DELLA COMMISSIONE PERMANENTE

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

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

La Commissione è stata istituita con decreto del Ministro della salute del 18 gennaio 2016 e si è insediata il 2 febbraio 2016 presso la sede del Ministero della salute. La composizione della citata Commissione è stata rinnovata con il successivo decreto del Ministro della salute del 26 maggio 2022 e modificata ulteriormente con decreto del 21 giugno 2022. Nella prima riunione plenaria è stata approvata l'articolazione in sottogruppi di lavoro operativi corrispondenti ai seguenti ambiti:

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

6

Il decreto istitutivo della commissione permanente prevede, tra l'altro, che la Commissione realizzi un confronto con le associazioni di categoria maggiormente rappresentative degli erogatori privati e con le società scientifiche che, insieme, rappresentano validi interlocutori per un corretto governo del sistema. L'importanza di tale passaggio, che non risulta formalmente incluso nell'indicazione normativa delle modalità di lavoro di cui all'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, deve intendersi nell'intento di costruire un percorso stabile di confronto periodico tra i diversi portatori di interesse coinvolti nell'erogazione delle prestazioni assistenziali a carico del SSN, ivi compresi gli erogatori privati accreditati, rispetto al quale il presente documento rappresenta solo un primo ma indispensabile punto di avvio.

In tal senso, infatti, si evidenzia che l'attuale attività di definizione di tariffe massime nazionali consegue al superamento normativo di un previgente meccanismo di carattere speciale, che era stato introdotto per esigenze contingenti di contenimento della spesa pubblica ad opera dell'articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, derogando al modello delineato dall'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e sacrificando lo spazio del confronto con gli operatori privati accreditati.

In coerenza con quanto appena rappresentato, la Commissione ha articolato l'attività preliminare di revisione delle tariffe delle prestazioni già esistenti e delle nuove prestazioni introdotte dal nomenclatore approvato con il DPCM del 12 gennaio 2017, sulla base di:

- a. Analisi di costo già disponibili o resi disponibili nel corso dei lavori;
- b. Analisi della variabilità delle tariffe a livello regionale;
- c. Analisi della tariffa nazionale vigente;

- d. Ogni altra informazione utile per la definizione delle tariffe delle nuove prestazioni per le quali non è stato possibile ricorrere alle assimilazioni con quelle inserite nel nuovo nomenclatore.

In prospettiva futura, si è previsto di attuare la ridefinizione periodica delle tariffe mediante l'applicazione di un modello di rilevazione sistematico e permanente dei costi di tutte le prestazioni.

La presente relazione metodologica intende descrivere quanto convenuto dalla Commissione permanente tariffe in materia di definizione delle tariffe massime nazionali delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, per consentire l'entrata in vigore del DPCM LEA ed avviare la rilevazione sistematica e permanente dei costi di tutte le prestazioni.

La necessità di individuare il livello tariffario di tutte le 2108 prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 4 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, nonché delle 1063 voci del nomenclatore dell'assistenza protesica, di cui all'elenco 1 dell'allegato 5 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017, deriva dall'articolo 64 dello stesso DPCM LEA. Come noto, difatti, l'articolo 64, comma 2 recita: *“Le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni”* e il comma 3: *“Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a) dell'articolo 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni.”*

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

7

3. ATTIVITÀ PRELIMINARE DEL GRUPPO DI LAVORO DELLA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

3.1 STRUMENTI DI TRASPARENZA E COMUNICAZIONE

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

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

Tutti gli scambi di informazioni rilevanti trasmessi via e-mail sono stati portati a conoscenza dei membri del gruppo di lavoro, in modo da rendere possibile la continuità del lavoro comune anche al di fuori dei momenti di incontro.

3.2 RACCOLTA DEGLI STUDI DI RILEVAZIONE DEI COSTI

Nel 2015 sono state richieste a tutte le Regioni informazioni e dati analitici prodotti da studi, ricerche presso strutture erogatrici (pubbliche e private accreditate) relativi agli ambiti della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, con particolare riferimento alla quantificazione dei costi di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Sono stati richiesti anche i tariffari regionali e le delibere di approvazione degli stessi, nonché gli studi e le analisi effettuate per la loro revisione, con particolare riferimento alle politiche tariffarie adottate, alla quantificazione e descrizione delle prestazioni oggetto di trasferimento da altro setting assistenziale e la frequenza di erogazione delle prestazioni cosiddette «reflex» rispetto alle prestazioni “*propedeutiche*”. Sono stati richiesti anche eventuali studi specifici elaborati dalle regioni, dalle ASL o da altri soggetti istituzionali, anche in collaborazione con le associazioni di categoria dei fornitori e/o le società scientifiche impegnate nei percorsi di riabilitazione nell'ottica di valutare la congruità delle tariffe dei dispositivi protesici su misura e l'eventuale disponibilità di studi sui costi di produzione di alcune categorie dei dispositivi su misura (calzature, protesi d'arto, altro). Alle regioni partecipanti a suo tempo al Tavolo tecnico, istituito a seguito del progetto Mattoni, per la proposta di aggiornamento e predisposizione dell'allegato 4 del DPCM LEA “definizione dei nuovi Livelli essenziali di assistenza” (Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Umbria e Veneto) è stato anche chiesto di mettere a disposizione del Ministero della salute eventuali analisi dei costi condotte per l'inserimento nel proprio Nomenclatore regionale delle prestazioni già incluse nello schema di nuovo nomenclatore nazionale che non fossero inserite in quello vigente di cui al DM 18 ottobre 2012. Le suddette richieste sono state formulate con le seguenti note della Direzione generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute: n. 14147 dell'11 maggio 2015, n. 17775 del 17 giugno 2015 e n. 17780 del 17 giugno 2015.

Anche alle società scientifiche e associazioni di categoria è stato chiesto di porre a disposizione della Commissione ricerche, analisi o semplici rilevazione dei costi associati all'erogazione di prestazioni, anche di ambito ristretto. In particolare, già in data 31 marzo 2016 sono state coinvolte le Associazioni di categoria (FEDERANISAP, FERLAB, FEDERBIOLOGI, CONFINDUSTRIA, AARIS E AIOP per l'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale), alle quali è stata chiesta la disponibilità a selezionare aziende o gruppi di aziende da coinvolgere nella rilevazione dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, indicando i requisiti necessari, tra cui la presenza di almeno due aree tra le seguenti:

1. Laboratorio con almeno 200.000 prestazioni annue, in coerenza con i parametri di qualità ed appropriatezza così come definiti, in attuazione dell'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 26 dicembre 2006 n. 296, dall'Accordo sancito in Conferenza Stato-Regioni il 23 marzo 2011, rep. atti n. 61/CSR, recante “*Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio*”;
2. Diagnostica per immagini;
3. Riabilitazione e Attività clinica oltre ad avere almeno una branca riconducibile all'attività clinica.

Oltre ai predetti requisiti, si è richiesto che le strutture candidate dovessero essere dotate di un sistema di contabilità analitica, in grado di produrre informazioni affidabili e confrontabili sui costi sostenuti per centro di costo e per fattori produttivi, nonché sui volumi di prestazioni erogate per tipo, quale prerequisite necessario per includere dette informazioni nell'istruttoria.

Alle Associazioni di categoria, peraltro, è stata data la possibilità di segnalare criticità relative al DM 18 ottobre 2012 tramite la suddetta casella di posta elettronica appositamente istituita dal Ministero della salute.

In considerazione del mancato riscontro da parte delle regioni alle richieste sopra riportate, peraltro reiterate nella riunione di insediamento dei sottogruppi di lavoro, dopo la costituzione della Commissione permanente

tariffe avvenuta con il decreto 18 gennaio 2016 e la sua prima riunione di insediamento del 2 febbraio 2016, la Commissione ha ritenuto di procedere con l'utilizzo dei dati di costo concretamente disponibili, in quanto messi a disposizione solo da alcune regioni componenti della Commissione stessa (in particolare: regioni Veneto ed Emilia-Romagna per le prestazioni di laboratorio e Marche per la medicina fisica e riabilitativa).

La Commissione tariffe ha anche deciso di rinviare la rilevazione più puntuale dei costi delle prestazioni ambulatoriale nelle strutture pubbliche selezionate dalle regioni Emilia-Romagna, Veneto, Marche ed Umbria e quelle private accreditate selezionate dalle Associazioni di categoria, utilizzando per la determinazione preliminare delle tariffe solo i dati di costo, inizialmente resi disponibili dalle regioni Veneto ed Emilia-Romagna per le strutture di laboratorio dell'AO di Padova e Ospedale di Treviso ULSS9 e quelli dell'ASUR Area Vasta 3 (Macerata) per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa. Nel corso dei lavori la Commissione tariffe ha poi convenuto di ampliare la selezione delle strutture su cui rilevare i costi di laboratorio, come meglio descritto nel paragrafo 4.1 (vedi *Infra*).

La decisione di rinviare alla successiva fase, in regime di aggiornamento stabile delle tariffe, la rilevazione puntuale dei costi su tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale e non solo sulle prestazioni di laboratorio al fine di alimentare un sistema di rilevazione sistematica dei costi, utile per la manutenzione e l'aggiornamento delle tariffe, nell'ambito della Commissione permanente tariffe è stata portata a conoscenza delle strutture private selezionate dalle Associazioni di categoria nel corso dell'incontro tenutosi il 20 giugno 2016.

A seguito di tale incontro, a fine del 2016 è partita l'attività di definizione di una metodologia di rilevazione sistematica dei costi associati all'erogazione delle prestazioni, con l'obiettivo di sviluppare e sperimentare un sistema strutturato e permanente di analisi dei costi delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

In data 20 settembre 2016 sono state coinvolte anche le Società Scientifiche alle quali è stato richiesto di far pervenire, per le prestazioni già presenti nel nomenclatore nazionale vigente, le segnalazioni di eventuali singole prestazioni considerate dalle stesse associazioni come sovra-finanziate o sotto-finanziate in modo significativo (in seguito a significative innovazioni tecnologiche o di metodo di erogazione) fornendo gli eventuali risultati delle analisi dei costi svolte utilizzando l'apposito format, invece per le prestazioni presenti nel nuovo nomenclatore nazionale ma non riconducibili ai nomenclatori regionali già vigenti si è chiesta la collaborazione delle Società scientifiche nel fornire alla Commissione permanente tariffe i risultati di studi esistenti sui costi di tali prestazioni. Le segnalazioni dovevano riguardare esclusivamente il livello tariffario e la sua congruità rispetto ai costi dei fattori produttivi impiegati per le singole prestazioni.

Per l'aggiornamento preliminare delle tariffe, volto a consentire l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, sono stati utilizzati i dati resi disponibili e considerati fruibili, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 8-sexies, comma 5, lettere a), b) e c) del decreto legislativo n. 502/1992 e smi. In particolare, il metodo seguito è così sintetizzabile:

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

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

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

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

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

Il quadro che emerge dalle regioni che hanno fornito i dati richiesti, Lombardia e Toscana, indica un livello complessivo di costi inferiore a quello dei ricavi, con un margine accentuato nel settore della Chimica clinica.

Tabella 1. Dati comunicati dalle Regioni Lombardia e Toscana

	Lombardia			Toscana		
	Costi prestazioni esterne	Ricavi prestazioni ambulatoriali	Rapporto costi/ricavi	Costi	Ricavi	Rapporto costi/ricavi
Chimica clinica	32.546.796	48.194.903	67,5%	39.054.590	66.826.278	58,4%
Microbiologia e virologia	22.583.386	25.472.811	88,7%	10.574.364	9.477.406	111,6%
Immunologia e trasfusionale	27.536.542	27.493.197	100,2%	17.394.445	7.358.059	236,4%
Ematologia/coagulazione				3.561.148	4.137.678	86,1%
Anatomia e istologia patologica				9.502.639	9.820.517	96,8%
Genetica e citogenetica				11.150.855	11.106.567	100,4%
TOTALE	82.666.724	101.160.911	81,7%	91.238.042	198.726.505	83,9%

3.3 LA COSTRUZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO

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

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

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

Tabella 2. Classificazione Fadda-Repetto (FA-RE)

1° Livello	2° Livello	3° Livello
D - Diagnostica	D1 - Diagnostica con Radiazioni	D11 - Radiologia tradizionale RX
		D12 - Tac
		D13 - Diagnostica Vascolare
		D14 - Medicina Nucleare
	D2 - Diagnostica senza radiazioni	D21 - Ecografia
		D22 - Ecocolordoppler
		D23 - Elettromiografia
		D24 - Endoscopia
		D25 - RM
D29 - Altra diagnostica strumentale		
D3 - Biopsia	D30 - Biopsia	
D9 - Altra Diagnostica	D90 - Altra diagnostica strumentale	
T - Terapeutiche	T1 - Radioterapia	T10 - Radioterapia
	T2 - Dialisi	T20 - Dialisi
	T3 - Odontoiatria	T30 - Odontoiatria
	T4 - Trasfusioni	T40 - Trasfusioni
	T5 - Chirurgia Ambulatoriale	T50 - Chirurgia Ambulatoriale
	T9 - Altre prestazioni terapeutiche	T90 - Altre prestazioni terapeutiche
R - Riabilitazione	R1 - Diagnostiche	R10 - Diagnostiche
	R2 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.	R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.
	R3 - Terapia Fisica	R31 - Terapia Fisica
	R9 - Altra Riabilitazione	R90 - Altra Riabilitazione
L - Laboratorio	L1 - Prelievi	L11 - Prelievo sangue venoso
		L12 - Prelievo sangue arterioso
		L13 - Prelievo sangue capillare
		L14 - Prelievo sangue microbiologico
		L15 - Prelievo citologico
	L2 - Chimica clinica	L21 - Chimica clinica di base
		L29 - Chimica clinica
	L3 - Ematologia/coagulazione	L31 - Ematologia/coagulazione di base
		L39 - Ematologia/coagulazione
	L4 - Immunoematologia e trasfusionale	L41 - Immunoematologia e trasfusionale di base
		L49 - Immunoematologia e trasfusionale
	L5 - Microbiologia/virologia	L51 - Microbiologia/virologia di base
		L59 - Microbiologia/virologia
L6 - Anatomia ed istologia patologica	L60 - Anatomia ed istologia patologica	
L7 - Genetica/citogenetica	L70 - Genetica/citogenetica	

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

- **Sistema di transcodifica:** il mancato aggiornamento del nomenclatore nazionale, risalente al 1996, ha portato le regioni ad adeguare autonomamente i loro nomenclatori tariffari allo sviluppo della pratica diagnostica e terapeutica dell'ultimo ventennio e, quindi, alla creazione a livello regionale di nuove definizioni di prestazioni, utilizzando anche codici diversi da quelli nazionali. A causa di questo fenomeno esistono nel flusso Tessera sanitaria (TS) circa 36 mila codici diversi. È stato, quindi, necessario ricondurre i codici regionali a quelli previsti dal nuovo nomenclatore nazionale, anche se non sempre è stato possibile trovare una associazione biunivoca dei codici regionali ai codici del nuovo nomenclatore, poiché in alcuni casi ad un codice regionale possono corrispondere più codici nazionali da nuovo nomenclatore (relazione 1 a n), o viceversa più codici regionali possono essere ricondotti ad un unico codice nazionale da nuovo nomenclatore (relazione n a 1). Nello specifico, il lavoro di transcodifica è stato condotto sulla base dei 38 mila record presenti nel flusso 2016 di Tessera sanitaria (corrispondenti a circa 36 mila codici prestazione regionali). Dopo una prima scrematura dei record non utilizzabili o "errati", il lavoro di riconduzione è partito dall'abbinamento diretto codice-codice, verificando la congruenza di massima delle descrizioni; si è proceduto, successivamente, ad un abbinamento basato sui dati forniti dalle stesse Regioni per tutti i codici non direttamente riportabili a codici del nuovo nomenclatore, ed a una ulteriore "omogeneizzazione" rispetto alle prestazioni di altre regioni relativamente alle quali non si aveva disponibile la transcodifica ma che risultavano riportabili a quelle per le quali era stata fornita. In particolare, questa fase ha richiesto un grande sforzo legato all'analisi puntuale delle singole descrizioni regionali teso a rendere omogeneo il risultato delle transcodifiche (poiché spesso le indicazioni regionali ricevute non erano omogenee circa la riconduzione di una prestazione ad un determinato codice del nuovo nomenclatore), nonché allo studio approfondito delle riconduzioni effettuate (eseguito per branche e con l'ausilio sia del personale clinico del Ministero della salute sia dei referenti regionali coinvolti resi disponibili). La successiva analisi della variabilità tariffaria per singolo codice del nuovo nomenclatore effettuata (vedi paragrafo 5) attraverso il calcolo del coefficiente di variazione (deviazione standard su media aritmetica) ha consentito di individuare le prestazioni con tariffe regionali caratterizzate da alta variabilità; queste ultime sono state rivisitate ed analizzate allo scopo di individuare ed eliminare eventuali anomalie.

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

3.4 SCALA DEI VALORI TARIFFARI

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

4 LA RILEVAZIONE DEI COSTI PER PRESTAZIONE

4.1 I COSTI DELL'ATTIVITÀ DI LABORATORIO

Come già posto in evidenza, nel 2012 era stato adottato il decreto ministeriale 18 ottobre 2012 di aggiornamento delle tariffe, in applicazione del richiamato articolo 15 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 del, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale era stato costruito per classi omogenee di prestazioni (es. diagnostica per immagini e branca di laboratorio). Le tariffe massime nazionali adottate in quella sede tenevano conto delle analisi dei dati disponibili e, con riferimento alla branca di laboratorio, si era preso atto della lenta gradualità con cui le regioni stavano attuando il disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 che, già dal 2007, prevedeva che le regioni dovessero attuare “*un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate*” e di quelle contenute nell'accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011 in materia di “*Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio*” laddove è prevista una soglia minima di attività pari a 200.000 esami di laboratorio complessivamente erogati/anno, prodotti in sede e non tramite *service*, al di sotto della quale non si può riconoscere l'idoneità al riconoscimento di produttore accreditato e a contratto.

Il presente aggiornamento delle tariffe, che riprende l'ordinario meccanismo previsto all'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, con riferimento alla branca di laboratorio, è stato condotto nell'ottica che - a distanza di 10 anni dal suddetto aggiornamento tariffario in deroga - tale riorganizzazione debba essere stata attuata da tutte le Regioni, con la finalità che le strutture conseguano importanti economie di scala particolarmente rilevanti nel settore dei laboratori, dando concreta attuazione ai criteri di qualità ed appropriatezza delle prestazioni definiti in termini di accreditamento degli erogatori ai sensi del richiamato Accordo Stato-Regioni del 23 marzo 2011.

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

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

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

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

Tabella 3. Strutture coinvolte

Strutture pubbliche	Strutture Private
Policlinico Tor Vergata (Roma)	Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Roma)
A.O. San Giovanni Addolorata (Roma)	Centro Diagnostico Gamma (Gioia Tauro, RC)
P.O. Treviso, ULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso)	L.A.B. Dott. Bilotta (Cosenza)

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

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

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

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

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

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

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

A.O. Padova (Padova)	Bios (Roma)
A.O. Perugia (Perugia)	U.S.I. (Roma) ²
L.U.M. Laboratorio Unico Metropolitano (Bologna)	Namur (Roma)
Laboratorio Unico di A.V. Romagna (Pievesestina, FC)	C.S.M. (Catania)
	Villa Salus (Venezia)

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

Tabella 4. Distinta base dei costi rilevati

Codice prestazioni regionale
Descrizione prestazione Regionale
Numero prestazioni
Codice Nuovo nomenclatore nazionale (NN)
Descrizione Nuovo nomenclatore
Costo Personale medico
Costo Personale sanitario non medico
Costo Personale infermieristico
Costo Personale tecnico
Costo Personale OTA
Costo Personale amministrativo
Costo Borsisti e collaboratori
Costo Farmaci
Costo Presidi
Costo Servizio noleggio apparecchiature
Costo Servizi supporto
Costo Materiali vari
Costo Ammortamenti
Costo Manutenzioni
Costo Diretto unitario
Costo pre-analitica (Prenotazione e accettazione)
Costo post- analitica (Refertazione e distribuzione referto)
Costi Comuni di laboratorio (specificare: utenze, personale comune, pulizie, lavano, altri)
Costi Generali di azienda (specificare)
Costo Pieno unitario

I dati in questo modo rilevati, oltre a rappresentare la base per la definizione delle nuove tariffe nella fase A in coerenza con quanto previsto dall'articolo 8-sexies, comma 5 lettera a) del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m., verranno utilizzati anche nella rilevazione sistematica e permanente dei costi (*v. infra*).

Per rendere maggiormente omogenei tra loro i dati, i costi diretti e indiretti dei laboratori pubblici sono stati tutti indistintamente maggiorati del 20% (quota stimata come rappresentativa dei costi generali e calcolata come media dell'incidenza di tale componente di costo in alcune strutture).

Tale percentuale coincide con l'incidenza media dei costi generali nelle strutture private coinvolte nella rilevazione. Conseguentemente si è provveduto a "depurare" i dati di costo già trasmessi da parte delle strutture delle eventuali quote di costo riferibili ai costi generali. Sempre con la finalità di rendere i dati correttamente confrontabili, ai costi relativi a macchinari e materiali trasmessi dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù è stata applicata una maggiorazione del 22%, pari all'IVA dovuta da tutte le altre strutture del campione.

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

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

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

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

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

Tabella 5. Stratificazione del campione

Strato	Popolazione (tutte le strutture accreditate*)		Campione
	Numero prestazioni	% sul totale	
Privato < 200.000	116.763.057	19,5%	(Non rilevante in quanto inferiore agli standard minimi di accreditamento)
Privato 200.000 -500.000	38.124.874	6,4%	Namur, Gamma
Privato 500.000 – 1.000.000	11.019.119	1,8%	Bilotta
Privato 1.000.000 – 2.000.000	8.561.197	1,4%	BIOS, CSM
Privato 2.000.000 – 5.000.000	8.845.599	1,5%	OPBG
Privato > 5.000.000	6.310.041	1,1%	
Pubblico < 200.000	41.742.390	7,0%	
Pubblico 200.000 -500.000	72.308.753	12,1%	
Pubblico 500.000 – 1.000.000	81.678.072	13,6%	HSG
Pubblico 1.000.000 – 2.000.000	103.633.006	17,3%	PTV
Pubblico 2.000.000 – 5.000.000	71.603.109	12,0%	Treviso, Perugia
Pubblico > 5.000.000	38.206.754	6,4%	LUM, Pieve Sestina, Padova
TOTALE	598.795.971	100%	

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

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

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

La metodologia di determinazione della tariffa dei prelievi ha seguito un percorso diverso in quanto l'attività, pur afferendo nella classe delle prestazioni di laboratorio, viene erogata prevalentemente dai punti prelievo, in risposta ai processi di aggregazione delle strutture di laboratorio.

L'aggiornamento della tariffa dei prelievi è stato realizzato tenendo conto anche del tempo unitario e della remunerazione oraria del personale sanitario coinvolto nella prestazione. È stato necessario differenziare la tariffa del prelievo arterioso (cod. 91.48.5) rispetto a quella del prelievo venoso (91.49.2) in quanto, il primo viene solitamente effettuato da personale medico, mentre il secondo tipo di prelievo dal personale infermieristico.

Sulla base dei costi medi rilevati per il prelievo venoso la relativa tariffa è stata fissata a 3,80 euro mentre, al fine di tenere conto della sua maggiore complessità, la tariffa del prelievo arterioso è stata calcolata applicando un fattore correttivo alla tariffa fissata per il prelievo venoso giustificata dal fatto che per il prelievo arterioso è richiesto, nella maggior parte dei casi, un tempo medico piuttosto che infermieristico.

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

4.2 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI GENETICA MEDICA

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

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

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

4.3 I COSTI DELLE PRESTAZIONI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

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

5 L'ANALISI DELLA VARIABILITÀ DELLE TARIFFE REGIONALI

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

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

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

5.1 LE VISITE E I CONTROLLI

Per le prime visite si è scelto di utilizzare come proposta tariffaria la tariffa media riscontrata sul complesso dei codici regionali associati, a prescindere dalla tipologia di prima visita effettuata. Unica eccezione è rappresentata dalle visite multidisciplinari, valorizzate con tariffa pari al valore centrale delle tariffe regionali. Per le visite di controllo, la tariffa proposta corrisponde alla media delle tariffe regionali complessivamente associate a visite di controllo con esclusione di valori *outlier* (tariffa unitaria inferiore ai 12 euro e tariffa unitaria ≥ 50 euro).

5.2 RADIOTERAPIA

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

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

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

5.3 TRASFERIMENTI DI SETTING

Il nuovo nomenclatore include 61 prestazioni (parte delle quali già previste dal Patto della salute) erogabili da regime di ricovero diurno a regime ambulatoriale; per lo più si tratta di prestazioni appartenenti alla classe Fa-Re II livello "Chirurgia Ambulatoriale". Per tali procedure in un primo momento era stato concordato in seno al gruppo di lavoro di costruire le ipotesi tariffarie sulla base del minor valore tra valore centrale delle tariffe regionali e la tariffa del DRG associabile alle stesse prevista per i ricoveri diurni o ordinari di 0-1g ridotta del 25% (in coerenza con quanto specificato nella relazione tecnica del DPCM LEA). È stato condotto un lavoro di analisi delle singole prestazioni, ponendole a confronto con tutte le possibili procedure riferibili ai rispettivi DRG, verificando la presenza di una corrispondenza biunivoca tra prestazione del nuovo nomenclatore e DRG (che può includere una molteplicità di procedure eterogenee, anche molto diverse in termini di costo di erogazione). In altri termini, l'analisi incrociata del file SDO tra codice intervento principale in DH e DRG, ha fatto emergere una scarsa incidenza del codice richiamato nel nuovo nomenclatore all'interno del DRG associato. In questi casi, scartando la base di riferimento della tariffa DH, si è proceduto a definire le ipotesi tariffarie ricorrendo ad assimilazioni ad altri codici del nuovo nomenclatore, o ad altri riferimenti (es. valore centrale regionale, tariffe minime Ordine dei Medici, tariffe regionali specifiche). Nel caso della prestazione "LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE", invece, si è scelto di applicare come ipotesi tariffaria la tariffa DRG correlata per i ricoveri diurni e ordinari di 0-1 giorno (ex DM 2012) non decurtata del 25% in ragione del fatto che per tale prestazione risulta già notevolmente ribassata la tariffa DRG nel passaggio dal tariffario del 1997 a quello del 2012, nonché della considerazione del fatto che già nel 2014 più dell'87% di tali prestazioni risulta effettuata in regime ambulatoriale.

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

prestazione (es. costo della lente, della prima visita e della visita di controllo) oppure sono state effettuate le opportune assimilazioni.

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

Infine, per quanto riguarda le prestazioni principali della Procreazione medicalmente assistita, sono state adottate le tariffe applicate dalla Regione Emilia-Romagna che comprendono la remunerazione di tutti i cicli del percorso delle coppie assistite, tenendo anche in considerazione l'inclusione del reperimento dei gameti ed il relativo monitoraggio, prevedendo una necessaria integrazione tariffaria, alla luce anche delle indicazioni fornite dal Tavolo tecnico sulla PMA del 28 marzo 2022, sulle seguenti prestazioni:

- 65.11 Agoaspirazione dei follicoli,
- 69.92.2 Fecondazione in vitro con o senza ICSI (omologa),
- 69.92.5 Trasferimento embrioni.

6 IL CONTRIBUTO DELLE ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA E SOCIETÀ SCIENTIFICHE

6.1 ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA

Come già rilevato, il vigente quadro legislativo qualifica l'attività di determinazione delle tariffe massime nazionali in termini di procedimento amministrativo a contenuto generale e programmatico, senza peraltro prevedere forme strutturate per la conduzione delle eventuali interlocuzioni con i portatori di interesse.

In coerenza con tale contesto legislativo, tenendo conto delle funzioni proprie che anche la disciplina del finanziamento delle prestazioni deve assolvere nel più ampio contesto delle attività del SSN quale strumento di effettiva implementazione delle garanzie di tutela della salute delle persone così come identificate nei LEA, il Ministero della salute ha intrapreso un articolato percorso di interlocuzione sia con le società scientifiche di riferimento, sia con le associazioni di categoria rappresentative delle strutture private accreditate

Il coinvolgimento delle associazioni di categoria è stato condotto attraverso più occasioni di confronto, che il Ministero della salute ha organizzato contemperando la rappresentazione degli interessi propri degli erogatori privati accreditati con le esigenze di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa volta, come già rappresentato, a definire in prima battuta le tariffe massime nazionali necessarie completare l'entrata in vigore dei LEA definiti nel 2017, per poi poter procedere all'implementazione di un meccanismo di aggiornamento stabile e periodico delle stesse tariffe nel tempo.

I principali momenti di confronto sono stati organizzati il 31/03/2016 e successivamente il 31/03/2017, attraverso sessioni congiunte di condivisione illustrativa delle ipotesi tariffarie per le prestazioni del nuovo nomenclatore, cui sono stati invitati a prendere parte le associazioni rappresentative degli operatori accreditati, a seguito della quale è stato sempre fornito un format da restituire debitamente compilato ad un indirizzo e-mail dedicato, allo scopo di evidenziare le criticità riscontrate. A questi principali momenti di confronto ne sono, da ultimo, seguiti altri organizzati nei mesi di febbraio e marzo 2022.

Le segnalazioni utilmente prodotte, ai fini della conduzione dell'istruttoria procedimentale, hanno riguardato quasi prevalentemente il settore di laboratorio, ed in qualche caso alcune prestazioni di diagnostica per immagini, visite/controlli, medicina fisica e riabilitativa, dialisi e protesica. Sono state segnalate errate assimilazioni o incongruenze interne per effetto di presenza, per alcune prestazioni, di metodiche aggiuntive all'interno dello stesso codice prestazione. Non sono, peraltro, mancati ulteriori rilievi di criticità, con riferimento ai quali deve rappresentarsi in questa sede l'opportunità di un rimando della relativa valutazione alla successiva fase di definizione "a regime" del meccanismo stabile di aggiornamento periodico delle tariffe massime nazionali.

6.2 SOCIETÀ SCIENTIFICHE

Al confronto con le società scientifiche sono state dedicate apposite sessioni in data 20 settembre 2016 e 7 aprile 2017 e successivamente nei mesi di febbraio e marzo 2022. In queste date, in particolare, sono state oggetto di confronto le prime ipotesi tariffarie, come previsto dal decreto istitutivo della Commissione permanente tariffe.

L'attività di interlocuzione con le società scientifiche, riferite alle date del 20 settembre 2016 e 7 aprile 2017, ha previsto che fossero inviati al Ministero della salute specifici riscontri nelle modalità e nei termini convenuti, entro il 20 aprile 2017, tramite invio alla casella di posta elettronica dedicata (consultazionetariffe@sanita.it), utilizzando il format allo scopo predisposto e di seguito riportato, debitamente diramato a tutti i soggetti coinvolti per il tramite della Federazione Nazionale FISM (*Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane*), corredato di eventuale documentazione sui costi a supporto di diverse proposte tariffarie.

Tabella 6. *Format di raccolta delle osservazioni*

Codice nomenclatore vigente	Prestazione (descrizione)	Tariffa nazionale vigente (in euro)	Osservazioni sul valore tariffario	Proposta modifica tariffa	Documentazione della proposta
			Rispetto ai costi associati alla erogazione della prestazione, il valore attuale è considerato	Indicare la proposta di modifica del valore tariffario	Allegare la/le analisi dei costi a supporto della proposta (cfr. allegato n...)

Nota: per ciascuna prestazione specificare se la tariffa è: remunerativa (R), sotto-remunerativa (sotto R), sovra-remunerativa (sovra-R)

Al fine di agevolare, poi, le attività di interlocuzione, come convenuto nel corso dell'incontro, è stato richiesto alla FISM di raccogliere entro l'11 aprile 2017, le eventuali domande di chiarimenti che dovessero essere poste dai diversi rappresentanti delle società scientifiche, con solo riferimento alla metodologia seguita per la definizione delle tariffe. Alcune società scientifiche hanno inviato il format predisposto dalla FISM per la raccolta delle predette richieste di chiarimento. Altre hanno inviato anche richieste di modifica della denominazione della prestazione o sui criteri di attribuzione di alcune prestazioni alle branche, di eliminazione o inserimento di altre prestazioni dal nomenclatore di cui all'allegato 4 del DPCM LEA del 12 gennaio 2017. Queste ultime sono state veicolate alla segreteria della Commissione per l'aggiornamento dei LEA per un loro esame e, in occasione degli incontri successivi avvenuti con le singole società scientifiche, è stato fatto presente che quest'ultime dovessero essere inviate alla segreteria della Commissione LEA (segreteriacommissionelea@sanita.it). Il format utilizzato per la richiesta di chiarimenti è stato il seguente:

Tabella 7. *Scheda di raccolta delle richieste di chiarimento*

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

Sono pervenute osservazioni da parte di n. 38 società scientifiche, nel periodo fra settembre 2016 e aprile 2017. Tuttavia, solo alcune società scientifiche hanno fornito il supporto richiesto in sede di consultazione del 7 aprile 2017, accompagnando le proprie valutazioni in merito alla remunerabilità delle prestazioni di rispettiva competenza con informazioni sui costi e/o tempi di esecuzione delle prestazioni. In particolare, sono pervenuti i riscontri da parte di:

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

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

Le principali osservazioni formulate hanno riguardato:

- Sovra o Sotto remuneratività delle ipotesi tariffarie per alcune prestazioni;
- Errori tariffari causati da errate associazioni o assimilazioni di codici di prestazione;
- Errori tariffari determinati dall'inclusione all'interno di un unico codice nuovo nomenclatore di 2 prestazioni eterogenee dal punto di vista della tempistica di esecuzione della prestazione e del livello di costi associati (es. polipectomia esofagea e/o mucosectomia);
- Errori tariffari determinati dall'inclusione all'interno di un unico codice nuovo nomenclatore di prestazioni accessorie "eventuali" (es. ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella);

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

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

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

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

25

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

- Per alcune prestazioni si è definita una nuova tariffa basata sull'analisi dei dati di costo dei singoli fattori produttivi impiegati per l'erogazione della singola prestazione, rese disponibili dalle competenti società scientifiche. Si è poi proceduto alla normalizzazione dei dati di costo orario del personale sanitario, tecnico, amministrativo impiegato con i dati del conto annuale. Si è poi provveduto ad effettuare un confronto dei dati di costo forniti sui farmaci (es. radiofarmaci) e dispositivi medici con i dati di costo medio rilevato dalla banca dati NSIS (dati sui consumi dei dispositivi medici e sul flusso dei consumi ospedalieri e tracciabilità per i farmaci); laddove possibile e confrontabili i valori forniti dalle società scientifiche sono stati sostituiti con quelli medi rilevati dalla banca dati NSIS. Per altre prestazioni, si è definita una nuova tariffa sulla base del ricalcolo del valore centrale costruito prendendo a riferimento le sole prestazioni regionali assimilate alla prestazione presente nel nuovo nomenclatore e ritenute pertanto utilizzabili ai fini tariffari.
- Verifica ed eventuale correzione delle associazioni tra prestazioni regionali e prestazioni del nuovo nomenclatore che concorrevano alla determinazione della precedente ipotesi tariffaria.
- Verifica ed eventuale correzioni delle assimilazioni tra prestazioni del nuovo nomenclatore con altre prestazioni del nuovo nomenclatore o con prestazioni del nomenclatore vigente.
- Riformulazione di una nuova ipotesi tariffaria basata su: i) dati di costo resi disponibili dalle società scientifiche e/o ii) sui diversi tempi di esecuzione delle singole prestazioni incluse nell'unico codice e calibrata sulla base della frequenza media di effettuazione delle due differenti procedure dichiarata da parte delle società scientifiche.
- Nel caso di prestazioni diverse ma ricondotte dal nuovo nomenclatore a uno stesso codice la riformulazione della tariffa è stata calcolata in base alla frequenza di ciascuna rispetto alle altre, ricavabile se possibile dal flusso Tessera sanitaria (TS) o indicata empiricamente dalla società

scientifiche (es. numero complessivo di ecografie e il numero di casi in cui l'ecografia è stata erogata insieme al doppler sullo stesso paziente e nella stessa giornata).

Nel dettaglio:

- per le prestazioni di Diagnostica per immagini (società scientifica di riferimento: SIRM) è stato seguito un approccio più specifico con l'obiettivo di garantire una coerenza interna alle categorie della branca che implicano l'utilizzo di strumentazioni e metodologie completamente differenti (Ecografie, Radiografie tradizionali, Risonanze magnetiche, Tomografia computerizzata) mantenendo una corretta proporzione di incremento tariffario per le prestazioni che, all'interno delle singole categorie, implicano l'utilizzo di Mezzo di contrasto (MdC). Tale incremento percentuale resta nella maggior parte dei casi coerente con quello del NV (es. nelle RM senza e con MdC, la tariffa deriva dalla RM del corrispondente distretto senza MdC con l'incremento percentuale definito sulle RM senza e con MdC del NV). Come primo passaggio si è proceduto a correggere l'assimilazione della prestazione ai codici regionali ovvero ai codici del NV presi a riferimento, in ragione di requisiti di esecuzione analoghi (tempo sala e tempo medico) della prestazione indicati dalla stessa SIRM. Ovviamente, l'adeguamento tariffario che consegue dalla correzione dell'assimilazione di una prestazione comporta una modifica anche delle tariffe delle prestazioni da questa derivabili (adeguamento conseguente all'aggiornamento della tariffa madre). Per i tempi di esecuzione della prestazione che hanno portato ad un adeguamento tariffario, si è preso a riferimento il documento della SIRM sull'appropriatezza prestazionale. Rispetto al Mezzo di contrasto (MdC) si è lavorato per mantenere una corretta proporzione di incremento tariffario per le prestazioni che ne prevedono l'utilizzo rispetto alle relative prestazioni di base; tale incremento percentuale per le RM resta coerente con il NV (es. nelle RM senza e con MdC, la tariffa deriva dalla RM del corrispondente distretto senza MdC con l'incremento percentuale definito sulle RM senza e con MdC del NV); in altri casi tale obiettivo è stato raggiunto attraverso la corretta assimilazione alla prestazione che già lo prevedeva o nel NV o nei nomenclatori regionali presi a riferimento (ad es. per la "TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MdC "studio selettivo" si è ricorso all'assimilazione al codice del nuovo nomenclatore relativo alla "TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MdC" come riscontrato all'interno del tariffario regionale della Regione Lombardia). Nel caso della ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella, la nuova tariffa deriva dal valore medio ponderato delle tariffe di TOSCANA e FRIULI VENEZIA GIULIA che comprendono già l'ecocolordoppler. Nel caso di prestazioni che devono essere eseguite su più distretti, si è individuata una proxy per correggere proporzionalmente la prestazione, non potendosi applicare la somma esatta delle singole prestazioni sui singoli distretti (es. 3 distretti - cervicale, toracica e lombosacrale – nella RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MdC), mentre nelle TC è stata applicata una riduzione del 5% o del 10% coerente con la riduzione del campo di esplorazione rispetto al NV (es. TC DELLA GAMBA era TC di gamba e ginocchio). Ovviamente, tale riduzione percentuale non è stata applicata nei casi in cui il campo di esplorazione è rimasto uguale (es. TC DEL POLSO e TC DELLA MANO). In fase di consultazione con la SIRM sono state verificate le ipotesi tariffarie di 268 prestazioni (su un totale di 383 prestazioni previste nel nuovo nomenclatore riferite alla diagnostica per immagini); le tariffe modificate rispetto all'ipotesi tariffaria originaria (del 03 04 2017) sono 88. Successivamente alla consultazione con la SIRM, il Ministero della salute ha ritenuto di correggere le ipotesi tariffarie di 56 prestazioni su 88 concordate con la SIRM, nelle more di completare la rilevazione dei costi di cui alla fase B, vedi *infra*).
- Per le prestazioni di Biologia e Immunologia dei trapianti (società scientifica di riferimento: AIBT), è stata rivalutata l'ipotesi tariffaria di alcune prestazioni non coperte da analisi dei costi presso le strutture campione utilizzate per la branca di Laboratorio; in tali casi le ipotesi tariffarie derivano dall'analisi dei costi fornita da parte della Società Scientifica. E' stato possibile ricorrere alla rilevazione dei costi fornita da AIBT anche per le prestazioni di Tipizzazione genomica, per le quali è stata anche esplorata la possibilità di applicare la tariffa dell'accordo di mobilità interregionale 2014-2016 per "ESTRAZIONE ACIDI NUCLEICI E TIPIZZAZIONE HLA-A,B,C E DRB1 (CON METODICHE DI SEQUENZIAMENTO DI NUOVA GENERAZIONE (ALTA RISOLUZIONE) che associa i codici 90.78.A, 90.78.B, 90.79.A, 90.81.A (come in prima

battuta segnalato da parte del CNT) fissata in 150,40 euro (divisa per 4). Detta tariffa, tuttavia, non è stata più presa a riferimento per effetto di alcuni approfondimenti che hanno evidenziato trattarsi di una tariffa convenzionale che non considera i costi dei fattori produttivi impiegati per erogare la prestazione.

- Con le società scientifiche SIDEMAST, ADOI e SIDERP sono state valutate le prestazioni afferenti alla branca di Dermatologia, Chirurgia plastica e “Altre”. Per le Medicazioni, sono state sostanzialmente confermate le ipotesi tariffarie del Ministero della salute, derivate dall’analisi della variabilità regionale, in considerazione del fatto che le Regioni che hanno introdotto le nuove medicazioni nei propri nomenclatori hanno adottato la stessa definizione del nuovo nomenclatore. Sono state, invece, ridefinite le tariffe di alcune prestazioni chirurgiche sulla base delle informazioni circa l’impiego dei fattori produttivi (personale per categoria professionale con costo normalizzato in base ai dati del conto annuale, macchinari, dispositivi) fornite da parte delle società scientifiche (es: per le prestazioni “BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO”, “BIOPSIA DEL PENE”).
- Per le prestazioni di Oculistica riferite al Glaucoma (società scientifica di riferimento: SIGLA) sono state confermate per lo più le ipotesi tariffarie del MdS, in attesa di un’analisi puntuale dei costi da avviare nella fase B, vedi *infra*) della definizione delle tariffe. Tuttavia, si è provveduto a correggere alcune assimilazioni di prestazioni chirurgiche in considerazione delle analogie in termini di esecuzione e consumo di fattori produttivi (tempo medico, utilizzo di apparecchiature e materiali – sonde monouso).
- Sulla branca di Nefrologia (società scientifica di riferimento: SIN) sono state riviste alcune ipotesi tariffarie prendendo in considerazione assimilazioni tra prestazioni del nuovo nomenclatore, sulla base delle analogie in termini di esecuzione e consumo di fattori produttivi (tempo medico, utilizzo di apparecchiature e materiali). Alcune prestazioni sono state tariffate sulla base dei costi forniti da parte della società scientifica, ed il costo dei cateteri per DIALISI PERITONEALE è stato ricavato dal flusso NSIS sui consumi dei dispositivi medici.
- In merito alle prestazioni ricollegabili alle malattie dell’apparato digerente (società scientifica di riferimento: FISMAD, AIGO-SIED) si è proceduto nell’aggiornamento delle tariffe relative a “ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]” ed a “COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE” basandosi sull’analisi dei costi fornita da parte della società scientifica rettificata per la parte relativa al calcolo dei costi di ammortamenti e manutenzioni. Alcune tariffe sono state rideterminate sulla base di nuove assimilazioni tra codici del nuovo nomenclatore, mentre per altre prestazioni l’ipotesi tariffaria è stata modificata tenendo in considerazione la frequenza media di effettuazione delle diverse procedure previste all’interno di un medesimo codice.
- Per le prestazioni di medicina nucleare (società scientifica di riferimento: AIMN) è stato possibile disporre dei dati di costo forniti dalla società scientifica; sono stati verificati i costi dei Radiofarmaci all’interno dei flussi NSIS disponibili presso il MdS e del personale (i cui costi sono stati normalizzati con quelli estratti dal Conto Annuale). Alcune modifiche tariffarie derivano dall’aggiornamento tariffario effettuato sulle prestazioni “madre”.
- Sulle prestazioni della branca di endocrinologia di interesse della società scientifica AMD sono state apportate alcune correzioni tariffarie sulla base di analisi dei costi dei fattori produttivi impiegati resi disponibili dalla società scientifica. In particolare, per la prestazione “MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO)” si è provveduto a verificare sui flussi NSIS il costo del dispositivo utilizzato tramite la classificazione CND fornita dalla società scientifica.
- Per le prestazioni della branca di Ortopedia, Chirurgia plastica e Chirurgia generale. di interesse della società scientifica SICM (Chirurgia della mano) sono state aggiornate alcune tariffe sulla base delle indicazioni fornite da parte della società scientifica circa l’impegno delle figure professionali coinvolte ed il materiale di sintesi utilizzato, correggendo la proporzione tariffaria tra le prestazioni di ARTRODESI e ARTROPLASTICA. Inoltre, per alcune prestazioni sono state corrette le assimilazioni a codici del nuovo nomenclatore o del nomenclatore vigente precedentemente utilizzate come base tariffaria.
- Per alcune prestazioni della branca di Chirurgia vascolare (società scientifica di riferimento: SICVE) sono state apportate modifiche tariffarie sulla base di analisi dei costi dei fattori produttivi impiegati resi disponibili dalla società scientifica (i costi del personale e dei dispositivi impiegati

sono stati sempre “normalizzati” in base ai dati da Conto Annuale e verificati dai flussi NSIS disponibili).

- Per la branca di Medicina Fisica e riabilitazione (società scientifica di riferimento: SIMFER) le proposte tariffarie del MdS sono state riviste in funzione di elementi forniti dalla Società scientifica in merito ad alcuni fattori produttivi impiegati (tempo medico e fisioterapista, utilizzo di strumentazioni per l'esecuzione della prestazione). Per le prestazioni di RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO, al maggiore impegno medico per le sedute collettive è stata applicata una correzione in relazione al numero medio dei pazienti trattati nel corso della stessa seduta;
- Per le prestazioni di Genetica (società scientifica di riferimento: SIGU) le proposte tariffarie non hanno potuto tenere conto delle indicazioni pervenute da parte della società scientifica in seconda battuta, dal momento che gli aumenti tariffari proposti includevano margini di profitto necessari alla copertura dei costi relativi agli investimenti in tecnologia e formazione che, come noto, non sono consentiti dalla normativa vigente.

Nei mesi di febbraio e marzo 2022, sono pervenute osservazioni da parte di 20 associazioni di categoria/società scientifiche. In particolare, sono pervenuti i riscontri da parte di:

- FEDER BIOLOGI SNABILP SICILIA
- FEDERLAB - Associazione Nazionale strutture ambulatoriali
- SNR - Sindacato Nazionale Area Radiologica
- CIC - Collegio Italiano Chirurghi
- ACOP – Associazione Coordinamento Ospedalità Privata
- SIMFER - Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa
- SIMMFIR – Sindacato Italiano dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa
- SIGO - Società italiana ginecologia ostetricia
- SIRU - Società Italiana della Riproduzione Umana
- CONFIMI - Confederazione dell'industria manifatturiera italiana e dell'impresa privata SANITA'
- SIU - Società Italiana di Urologia
- AIPO - Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri
- ANMCO - Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri
- ARCADE - Associazione Ambulatori di Emodialisi
- Associazione Luca Coscioni
- CONFAPI - Confederazione Italiana della piccola e media industria privata
- ASSORTOPEDIA
- OMAR - Osservatorio Malattie Rare
- Operatori PMA
- SIN - Società Italiana di Nefrologia

In esito alle interlocuzioni descritte con le specifiche Società scientifiche sono state apportate ulteriori modifiche rispetto alla valorizzazione tariffaria già effettuata applicando i criteri descritti nei paragrafi precedenti. Nel dettaglio:

- per le prestazioni di Laboratorio analisi sono state modificate le prestazioni emocromo e ferritina a seguito di un aggiornamento dei costi diretti dei reagenti. Per quanto riguarda la ferritina, la tariffa è stata oggetto di un'ulteriore modifica determinata da una corretta ponderazione per la dimensione delle strutture in riferimento. In tale occasione, allo stesso modo, sono state apportate modifiche per 141 prestazioni di laboratorio analisi. Inoltre, l'associazione FederLab, ha segnalato la mancanza del costo dell'identificazione e antibiogramma, per le prestazioni corrispondenti ai codici 90.42.2, 90.94.3 e 90.93.5 (coltura feci, urine e orofaringea) non considerate per mero errore, seppur incluse nella prestazione. In tali termini si è definito di integrare la tariffa con il costo aggiuntivo di 9 euro per tutte e tre le prestazioni, sulla base dell'analisi dei costi unitari di identificazione e antibiogramma;
- sono stati apportati correttivi alle prestazioni di anatomia patologica (38 prestazioni) per una più precisa definizione del valore centrale regionale
- per le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa sono stati apportati alcuni lievi correttivi rispetto ai tempi di esecuzione di alcune prestazioni con conseguente aggiornamento dei costi del personale

impegnato. In particolare, la prestazione 93.11.H “*RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute*” è stata equiparata alla visita, essendo una prestazione eseguita da un medico piuttosto che da un infermiere, come era stata concepita prima della consultazione avvenuta con la specifica società scientifica;

- per le prestazioni di dialisi, è stata operata opportunamente l'inversione della valorizzazione tariffaria tra le prestazioni 39.95.5 e 39.95.6.

E' stata aumentata la tariffa della prestazione 39.95.7 da 232,4 a 240, per la corretta quantificazione del costo dei materiali utilizzati, che mediamente sono più elevati rispetto a quelli dell'HDF (emodialfiltrazione).

Sono state valutate e accolte le seguenti proposte di rideterminazione dell'importo tariffario:

- "EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.4) da 169.70 euro a 172.75 euro;
 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.G) da 200.00 euro a 172.75 euro;
 - ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.7) da 232.40 euro a 240.00 euro;
 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.H) da 205.00 euro a 230.00 euro€;
 - EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI (cod.39.95.J) da 215.00 euro a 230.00 euro;
 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.2) da 129.10 euro a 147.25 euro;
 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.C) da 190.00 euro a 147.25 euro;
 - EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute. (cod.39.95.N) da 185.00 euro a 184.35 euro;
 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.3) da 103.25 euro a 136.00 euro;
 - EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.F) da 125.00 euro a 136.00 euro;
 - EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute (cod.39.95.B) da 136.00 euro a 150.00 euro;
 - EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta (cod.39.95.O) da 93.10 euro a 105.00 euro;
 - EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta (cod.39.95.P) da 93.10 euro a 105.00 euro;
- per le prestazioni riferite alla branca di oculistica sono state modificate le prestazioni 13.41 e 13.71 riferite alla cataratta, per le quali si è provveduto ad integrare la tariffa aggiungendo il valore di euro 35,25 riferito all'incremento di 25-30 minuti di tempo medico per valutazione anestesiológica;
 - per la prestazione di fotoferesi extracorporea, riferita alla branca di radioterapia si premette che la stessa era già presente nell'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN, nel vigente nomenclatore del DM 22 luglio 1996, codificata con il codice 99.88 "FOTOFERESI TERAPEUTICA Fotochemioterapia extracorporea, fotoferesi extracorporea Escluso: Altra fototerapia, terapia a luce ultravioletta (99.82)". Per mero errore materiale, tale prestazione è stata inserita nell'allegato 2A, lettera f) del dPCM 29 novembre 2001, "Prestazioni totalmente escluse dai LEA". Successivamente, l'allegato 4 al dPCM 12 gennaio 2017 ha provveduto a correggere il

refuso citato, reintegrando la Fotochemioterapia extracorporea nell'allegato 4, con la seguente definizione:

99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] non associabile a 99.72*
-------	---

* il codice 99.72 si riferisce alla LEUCOAFERESI TERAPEUTICA, che comprende solo la separazione dei leucociti e la reinfusione del sangue privato di questi elementi figurati senza nessun trattamento.

Il valore tariffario proposto per la prestazione 99.83 è stato rivisto rispetto a quanto già valutato, associando correttamente la prestazione al codice 99.88 del nomenclatore della Regione Toscana (vedi delibera di GR 207/99). Oltre alla regione Toscana, anche la regione Abruzzo, prevede nel proprio nomenclatore tariffario la prestazione con codice LA1090 "Fotoaferesi extracorporea". La tariffa aggiornata individuata con il presente decreto deriva dal valore centrale delle due ed è pari a 900,6 euro;

- un'ulteriore modifica riguarda tutte le prime visite che includono altre prestazioni oltre alla visita generale. Nello specifico sono state modificate, valorizzando opportunamente le prestazioni incluse, le tariffe dei seguenti codici di prestazioni:

CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Nuova ipotesi tariffaria
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	€ 22,00
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso ECG (89.52)	€ 33,60
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	€ 22,40
89.7B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	€ 22,35
89.7B.9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	€ 23,20
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: esame del visus, refrazione con eventuale prescrizione di lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi con o senza midriasi farmacologica	€ 22,15

La messa a disposizione dei dati di costo da parte delle società scientifiche ha così permesso di utilizzare il criterio di cui alla lettera b) del comma 5 dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 s.m. per l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni rientranti nelle branche specialistiche analizzate con il loro supporto.

Nel corso degli anni 2023 e 2024 sono pervenuti ulteriori contributi da parte di associazioni di categoria/società scientifiche, soprattutto afferenti alle branche di laboratorio, analisi e diagnostica per immagini e visite, evidenziando la necessità di una revisione delle tariffe già definite, anche alla luce del nuovo contesto delineatosi negli anni più recenti.

Si è quindi provveduto ad una nuova convocazione della Commissione Permanente Tariffe, per operare una ampia revisione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, anche alla luce dell'elevata e crescente automazione, della costante innovazione tecnologica, del contesto economico più recente, nonché di crescenti livelli di efficienza organizzativa e produttiva che si rendono raggiungibili e che possono determinare la variazione dei costi unitari delle singole prestazioni a parità di volumi e di standard qualitativi.

Sulla base di quanto sopra premesso, la Commissione Permanente Tariffe, in sede plenaria, alla presenza dei suoi membri rappresentanti delle amministrazioni centrali (Ministero della Salute in qualità di coordinatore, Ministero dell'Economia e della Finanza e Agenas) e delle amministrazioni regionali, ha ripreso i lavori, riunendosi 5 volte nelle seguenti date: 17/06/2024, 09/07/2024, 29/07/2024, 06/08/2024, 11/10/2024.

La Commissione Permanente Tariffe, permanendo tutte le criticità già sopra evidenziate, di avere a disposizione dati analitici per prestazione provenienti da un campione rappresentativo di strutture, sulla base di quanto riportato all'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992, comma 5 lett. c), che prevede la possibilità di determinare le tariffe sulla base dei "tariffari regionali e di differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome", ha deciso di seguire un approccio metodologico impostato sul confronto dei valori tariffari precedentemente definiti con i corrispondenti valori tariffari regionali.

Più in generale, per ognuno dei 2108 codici di specialistica ambulatoriale è stato impostato un lavoro di confronto fra la tariffa vigente, la tariffa precedentemente determinata e quanto presente nei tariffari regionali, ed osservando, laddove presenti, eventuali costi unitari per prestazione resi disponibili da alcune strutture.

In particolare, a partire dai tariffari regionali delle regioni non in piano di rientro, sono stati costruiti 8 indicatori statistici: **max, max-1, media, mediana, min-2, min-1, min e moda**.

- Max → Massima tariffa tra tutte le regioni non in piano di rientro
- Max-1 → Seconda tariffa massima tra tutte le regioni non in piano di rientro
- Media → Tariffa media tra le regioni non in piano di rientro
- Mediana → Valore centrale tra la minima e la massima tariffa delle regioni non in piano
- Min-2 → Terzo minor valore tariffario tra le regioni non in piano di rientro
- Min-1 → Secondo minor valore tariffario tra le regioni non in piano di rientro
- Min → Minor valore tariffario tra le regioni non in piano di rientro
- Moda → Valore maggiormente ripetuto tra le regioni non in piano di rientro

In una prima fase, si è proceduto alla determinazione di un ranking di prestazioni, ordinate sulla base dei dati presenti in Tessera Sanitaria 2022, secondo la classificazione di Pareto (80% - 20%), analizzando quindi approfonditamente le prestazioni il cui valore per quantità rappresenta l'80% del totale. A titolo esemplificativo, 152 prestazioni su 2108 rappresentano l'80% del valore complessivo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale nel 2022.

Per tali prestazioni sono state analizzate dettagliatamente anche le descrizioni dei singoli codici per ogni regione, nonché i tariffari disponibili relativi ad un gruppo di strutture private per un ulteriore confronto. Questi ultimi sono stati utili a verificare la presenza di valori tariffari significativamente difforni rispetto alle risultanze degli indicatori statistici elaborati sopra citati.

In una seconda fase si è proceduto ad analizzare e confrontare con i tariffari regionali e gli elementi di costo disponibili, tutte le tariffe già determinate delle prestazioni del nomenclatore a completamento dei 2108 codici,

con la stessa logica operativa. Tale attività ha permesso di individuare l'indicatore statistico più coerente con le informazioni disponibili.

È stata poi costruita una scheda per ogni branca (laboratorio, diagnostica, visite, riabilitazione e terapie). All'interno di ogni scheda, la Commissione ha individuato la tariffa più coerente con gli indicatori statistici dei tariffari regionali.

Diagnostica di laboratorio

Per tale settore, in considerazione della peculiare struttura dei costi, i quali godono di importanti economie di scala, la scelta dell'indicatore è dipesa necessariamente anche dai dati di costo disponibili, soprattutto in relazione al costo del reagente. Pertanto, laddove il costo del reagente è risultato sufficientemente basso da non giustificare la scelta di un indicatore tariffario regionale (minimo o massimo che sia) si è ritenuto opportuno adeguare la tariffa in coerenza con i dati di costo disponibili.

Genetica

Particolare attenzione è stata posta alla branca di genetica, alla luce della consapevolezza che il settore ha subito enormi trasformazioni tecnologiche e organizzative, anche in virtù dell'elevata e crescente automazione e della costante innovazione tecnologica, tali da consentire la riduzione dei costi unitari delle singole prestazioni a parità di volumi e di standard qualitativi. È stato, pertanto, avviato e condotto a termine un lavoro di revisione delle prestazioni con gli attori coinvolti e con le regioni, acquisendo elementi utili per prevedere un abbattimento tariffario per le prestazioni relative alle analisi mutazionali di malattia che necessitano di un numero ben definito di geni (1-47) per la diagnosi, andando a scaglionare le tariffe in base alla fascia di geni sequenziata per la diagnosi.

Diagnostica per immagini

Per alcune prestazioni di diagnostica, in particolare per le prestazioni 88.93.6 e 88.93.B "RM della colonna in toto" e "RM della colonna in toto con e senza MDC", è emersa una grossa divergenza con i tariffari regionali, che restituiscono valori più bassi rispetto alla tariffa precedentemente definita. L'analisi delle indicazioni operative sulla definizione delle agende - tempario per le prestazioni di specialistica ambulatoriale oggetto del PNGLA (Piano Nazionale Governo Liste d'Attesa), e soprattutto il confronto con le regioni, ha confermato la correttezza dei valori tariffari regionali e la necessità di rivedere al ribasso la tariffa.

Inoltre, particolare attenzione è stata posta sulla branca di endoscopia, al fine di rivalutare le tariffe di alcune prestazioni ritenute critiche da associazioni di categoria/società scientifiche, anche al fine di ristabilire maggiore coerenza fra i valori tariffari delle singole prestazioni di endoscopia.

Per un maggiore dettaglio si allega la tabella seguente:

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

CODICE NN	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	TAR VIGENTE	Tariffe DM 23.6.2023	Nuova proposta 8.8.2024	note
31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	34,16 €	17,65 €	34,15 €	Si propone una conferma della tariffa vigente, e quindi un aumento tariffario di € 16,50 rispetto alla tariffa di cui al DM 23.6.2023 perchè più coerente con i costi della biopsia. La tariffa di € 34,15 risulta corrispondere al valore tariffario massimo regionale.
45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA		96,90 €	152,95 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 56,05 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni Enteroscopia (€ 88) e biopsia effettuata in corso di enteroscopia (€ 64,95).
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)		123,55 €	123,55 €	Si propone una conferma della tariffa di cui al DM 23.6.2023 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni EGDS (€ 64,90) e della biopsia in sede unica (€ 64,95).
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)		172,95 €	172,95 €	Si propone una conferma della tariffa di cui al DM 23.6.2023 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni EGDS (€ 64,90) e con il costo di una biopsia in sede multipla (€ 90,95).
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23)	86,80 €	95,90 €	120,00 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 24,1 alla luce degli elementi di costo forniti da talune strutture (opportunamente rivalutati come si vede nel file allegato). La tariffa di € 120 corrisponde, peraltro, al valore tariffario massimo regionale.
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	144,62 €	116,40 €	140,50 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 24,1 per rendere coerente tale tariffa con quella proposta per Colonscopia totale in incremento dello stesso importo. Trattasi di un esame più lungo della Colonscopia, e che deve prevedere una tariffa maggiore di quest'ultima.
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA		123,55 €	231,45 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 107,9 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni ileocolonscopia retrograda (€ 140,50) e con il costo di una biopsia in sede multipla in corso di ileocolonscopia retrograda (€ 90,95)
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica		123,55 €	147,65 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 24,1 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni Colonscopia totale (€ 120,00) e con il costo di una biopsia in sede unica (€ 64,95) - in sostanza si percepisce l'incremento tariffario proposto per la Colonscopia totale.
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla		172,95 €	197,05 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 24,1 in relazione all'aumento tariffario proposto per la Colonscopia totale.
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)		172,95 €	138,35 €	Si propone una riduzione tariffaria, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 34,6 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (€ 47,40) e biopsia in sede multipla (€ 90,95).
45.42.1	POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi		112,00 €	147,00 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 35 al fine di ripristinare una proporzionalità con la tariffa relativa al codice 45.42 (POLIPECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi) fissata in € 117,05.
57.33	URETRICISTOSCOPIA CON BIOPSIA	79,52 €	73,10 €	91,20 €	Si propone un incremento tariffario, rispetto al valore del DM 23.6.2023, di € 18,1 perchè più coerente con la somma delle tariffe delle prestazioni Uretrocistoscopia (€ 57) e di Biopsia dell'uretra (€ 64,95). Il valore tariffario individuato corrisponde al valore medio dei tariffari regionali.
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	30,38 €	64,35 €	64,35 €	Si conferma la tariffa di cui al DM 23.6.2023 perchè più coerente con i costi della biopsia.
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA		259,30 €	95,00 €	Si propone un aumento tariffario di € 39,2 rispetto al valore di € 55,80 già condiviso nel corso della riunione della Commissione Permanente Tariffe del 6 agosto u.s.. Il valore tariffario proposto di € 95 corrisponde al valore tariffario massimo regionale.

33

Nel corso dei suoi recenti lavori, la Commissione Permanente Tariffe ha più volte rilevato l'opportunità di verificare le valorizzazioni tariffarie di alcune prestazioni relative alla diagnostica per immagini (con particolare riferimento alle prestazioni di Risonanza Magnetica). Successivamente alle citate sedute della Commissione, nuove interlocuzioni avvenute con i rappresentanti di associazioni di operatori privati hanno confermato l'esigenza di provvedere alla rivalutazione di talune tariffe delle prestazioni in argomento, in particolare per le RM e le TAC. Dette tariffe, per come già valorizzate, risultavano corrispondenti ai valori regionali più bassi tra quelli osservati, se non addirittura inferiori al minimo regionale. Con il supporto di taluni elementi di costo forniti dalle citate associazioni, che hanno confermato l'esigenza di incrementare dette tariffe, è stato possibile individuare un valore di riferimento ricavato dai tariffari regionali più alto del precedente che si è tradotto, infine, in un incremento uniforme del 15 per cento al fine di salvaguardare la coerenza tariffaria tra tutte le prestazioni di RM e TAC.

Per le medesime ragioni appena descritte si è operata la medesima modifica anche per le prestazioni di mammografia bilaterale e monolaterale (87.37.1 e 87.37.2).

Visite

Come più volte rappresentato, si è ritenuto necessario rivedere al rialzo la tariffa delle prime visite e delle visite di controllo, ponendole rispettivamente pari a 25 euro e a 17,9 la visita di controllo. Tali valori risultano congrui al costo del personale medico, pesando le prestazioni erogate dal personale con contratto di lavoro pubblico e personale con contratto delle strutture private accreditate in funzione del tempo medio del medico. Inoltre, le

visite con altre prestazioni incluse od eventualmente incluse, sono state valorizzate incrementandole della quota percentuale di costo della relativa prestazione. I componenti della Commissione hanno infine definito in 15 euro la tariffa della prestazione “89.02 - Visita a completamento della prima”.

7 PROTESICA

7.1 INTRODUZIONE

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

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

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

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

Altro aspetto che rende complessa l'analisi del settore è la varietà dei prodotti inclusi nel nomenclatore per tipologia, finalità e modalità di produzione. Ad esempio, pur trattandosi di prodotti su misura, ve ne sono alcuni che richiedono effettivamente la costruzione artigianale di una o più componenti, mentre ve ne sono altri che implicano sostanzialmente un assemblaggio di parti acquistate da grandi imprese multinazionali che impongono i propri prezzi. In una prospettiva futura, è poi da tenere in considerazione come la diffusione sempre maggiore di nuove tecnologie, quali le stampanti 3D, potrebbe avere un impatto sulle modalità e i costi di produzione in questo settore.

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

7.2 LA DEFINIZIONE DELL'AMBITO DI INTERVENTO: DAL NOMENCLATORE EX DM 332 DEL 1999 ALL'ATTUALE NOMENCLATORE EX DPCM LEA 2017

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

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

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

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

In primo luogo, si vuol sottolineare il nuovo approccio utilizzato nella descrizione dei prodotti inseriti nel nomenclatore. In particolare, rispetto al nomenclatore ex DM 332 del 1999, è stata aggiornata e maggiormente articolata la descrizione delle componenti principali che costituiscono un prodotto. In tal modo è stato reso possibile specificare e dettagliare i materiali e le caratteristiche degli aggiuntivi da utilizzare per garantire un prodotto di buona qualità e una tariffa congrua con il valore dei materiali utilizzati. Negli ultimi anni, infatti, si è ampliata notevolmente la gamma di materiali tecnologicamente avanzati, utilizzabili per la costruzione, in particolare, delle protesi ortopediche.

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

Con specifico riferimento ai prodotti, è da sottolineare che è stato introdotto un numero esiguo di dispositivi totalmente nuovi (ad esempio alcune ortesi degli arti inferiori o la classe di ausili per la terapia circolatoria), mentre la maggior parte delle innovazioni inserite riguarda le componenti realizzate con «nuovi» materiali (intesi come non previsti dal nomenclatore ex DM 332 del 1999).

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

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

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

Tabella 8. Distribuzione dei 1063 codici dell'Elenco 1 dispositivi "su misura" dell'Allegato 5 del DPCM LEA per classi di codifica e tipologia

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

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

Nel processo di determinazione delle tariffe da proporre per il nuovo Nomenclatore DPCM LEA 2017, si è fatto riferimento al dettato del comma 5 dell'articolo 8-*sexies* e successive modifiche del decreto legislativo n. 502/1992.

In seno al sottogruppo dell'assistenza protesica, nell'ambito della Commissione permanente tariffe, si è appurata l'assenza di eventuali rilevazioni ad hoc dei costi di produzione a livello regionale così come di tariffe regionali alternative o modificate rispetto a quelle nazionali, a seguito delle richieste effettuate a tutte le regioni con le note del Ministero della salute – DGPROGS prot. n.14147 dell'11 maggio 2015, prot. 17775 del 17 giugno 2015 e prot.n. 17780 del 17 giugno 2015, che non hanno avuto riscontro.

Sempre il sottogruppo dell'assistenza protesica ha, poi, condiviso nel corso della riunione del 12 febbraio 2016 la necessità di acquisire dalle singole regioni le informazioni sui volumi (in termini di quantità) di ciascuna prestazione (o almeno di ciascuna tipologia di prestazioni, con il maggior livello di disaggregazione disponibile) prevista nell'elenco 1 del nomenclatore di cui al dm 332/99. Tale richiesta è stata ritenuta utile al fine di conoscere la distribuzione, a livello regionale, di ciascun dispositivo (o tipologia) cui associare le valorizzazioni tariffarie previste dal predetto dm 332 del 1999, incrementate del 9% ai sensi dell'art.1, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n.244 (legge finanziaria 2008). A fronte di tale decisione, è stata inoltrata la mail in data 19 febbraio 2016 a tutte le regioni, a seguito della quale solo 10 regioni e 1 Provincia autonoma hanno inviato i propri dati. Tali dati sono stati, quindi, utilizzati per le valutazioni di impatto delle nuove tariffe. A fronte di tale scenario, sono state convocate il 12 aprile 2016 le associazioni di categoria più rappresentative del settore (A.N.P.O. e FEDEROTTICA per il settore ottico e FIOTO, ASSORTOPEDIA, ANTOI E CIDOS per il settore ortopedico).

In tale sede, a seguito della richiesta sul listino prezzi applicato per le nuove prestazioni (in particolare quelle riferite al settore ottico) e sulla selezione di un numero predefinito di aziende produttrici di piccole/medie/grandi dimensioni in termini di fatturato per sottoporre alle stesse una rilevazione ad hoc dei costi sottostanti al ciclo di produzione, si è constatata la mancanza dei termini per organizzare una rilevazione a livello nazionale dei costi presso una rete di offerta assai frammentata e polverizzata sul territorio e interamente gestita da produttori privati for profit, stante la necessità in una prima fase di individuare le tariffe per consentire l'entrata in vigore del nuovo nomenclatore di cui al DPCM 12 gennaio 2017 sui LEA.

È stato, quindi, convenuto con le suddette associazioni di categoria di avere un supporto fattivo in tutte le fasi, presente e futura, di funzionamento a regime del meccanismo di aggiornamento tariffario.

In questa prima fase, sono state acquisite informazioni utili a svolgere un primo aggiornamento delle tariffe da agganciare al nuovo Nomenclatore; per la successiva fase a regime, è stato chiesto alle associazioni di categoria di collaborare per organizzare una rilevazione dei costi presso i propri associati attraverso una metodologia condivisa, allo scopo di superare i limiti presenti nell'attuale lavoro (vedi *infra*).

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

Il riscontro positivo da parte delle associazioni di categoria e dell'unico produttore pubblico presente in Italia ha portato quindi a raccogliere informazioni nei termini che seguono.

- **La Federazione Italiana tra Operatori nella Tecnica Ortopedica – FIOTO:**

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

Si tratta, quindi, di una fonte informativa estremamente rilevante in quanto consente di accedere alla fonte primaria delle vigenti tariffe e di disporre di un aggiornamento. Richiede, tuttavia, di essere utilizzata in modo mirato in base a quanto emerge dal documento tecnico, fornito dalla stessa FIOTO, sulla metodologia utilizzata per costruire la piattaforma. In particolare, i costi diretti forniti sono il risultato di una rilevazione sul campo i cui valori sono stati aggiornati e in parte integrati, e risultano,

inoltre, essere coerenti con i dati forniti da INAIL (vedi sotto). Più complessa appare, invece, essere la modalità di stima dei costi indiretti forniti. Per quanto concerne i costi indiretti “direttizzati”, questi sono ottenuti applicando un coefficiente fisso (33%) al valore dei costi diretti per tutte le diverse categorie di prodotti caratterizzati da processi produttivi molto diversi tra loro. Relativamente alla quota di costi indiretti “non direttizzabili” proposta (57%), questa non sembra essere riconducibile a una rilevazione specifica.

Nell’ambito dell’analisi della metodologia di rilevazione dei costi, come descritta sulla piattaforma messa a disposizione da FIOTO, è emerso il limite principale di individuare i costi indiretti esclusivamente in una logica per natura senza considerare la destinazione dei costi, cioè le attività aziendali effettivamente collegate alle singole tipologie di prestazioni. Ciò si riflette nell’identificazione di coefficienti indistinti di ribaltamento dei costi indiretti, calcolati sulla base dell’incidenza aziendale dei costi indiretti sui costi diretti. In questo modo a ogni prestazione si attribuisce una quota di costi indiretti sempre proporzionale alla totalità dei costi diretti e che percentualmente è sempre identica (90% del costo diretto), a prescindere dal processo con cui le prestazioni di protesica sono effettivamente erogate. La quantificazione dei costi indiretti sarebbe dovuta avvenire attraverso l’identificazione di opportuni specifici driver (attrezzature, costo degli spazi, utenze) applicati alle singole prestazioni, abbandonando così il ricorso a coefficienti indistinti di ricarico della totalità dei costi indiretti sul valore dei costi diretti.

Tutto ciò ha suggerito, nelle more della rilevazione da effettuarsi nella fase B, di non utilizzare il ricarico del 90% del costo diretto proposto, ma di fare riferimento a quanto si indica in genere per le piccole realtà produttive industriali ossia una quota del 10% che è stato aggiunto al costo diretto rilevato.

- **Il Centro Protesi Vigorso di Budrio – INAIL:**

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

- **L’Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi – FEDEROTTICA:**

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

- **L’Associazione Nazionale Protesisti Oculari – ANPO:**

ha fornito la stima dei costi medi di produzione di alcune protesi inserite nel nomenclatore e indicazioni generali sulla propria attività produttiva.

Il metodo seguito, in questa prima fase di aggiornamento tariffario del nomenclatore dell’assistenza protesica di cui all’allegato 5, elenco 1 (su misura) del DPCM 12 gennaio 2017, si è basato sulle lettere b) e c) del comma 5 dell’articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m. laddove sono state utilizzate le informazioni sui costi e sulle tariffe rese disponibili dalle associazioni di categoria coinvolte e dall’operatore pubblico interpellato. È stato scelto di utilizzare una configurazione di costo comprensiva della componente attribuibile attraverso semplici combinazioni di quantità fisiche e dei prezzi-costo unitari (costi diretti) rese disponibili e di soprassedere in via temporanea sulle indicazioni relative ai costi indiretti e generali. Quest’ultimo, come detto sopra, è un aspetto che richiede approfondimenti e una rilevazione puntuale, in un settore caratterizzato da una profonda frammentazione ed eterogeneità di operatori. Alla luce di tutto ciò, si è ritenuto opportuno in questa fase limitarsi ad attribuire una quota del 10% dei costi diretti come primo coefficiente di ricarico dei

costi indiretti per il calcolo della tariffa di quei prodotti per cui si disponeva di una rilevazione analitica degli stessi costi diretti.

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

Tabella 9. Distribuzione del numero di prodotti, aggiuntivi e riparazioni in ogni classe in base alle informazioni disponibili per la costruzione della tariffa

Classe	Tariffa vigente	Associazioni di categoria	INAIL
Ortesi spinali	159	39	
Ortesi per arto superiore	53	13	
Ortesi per arto inferiore	150	38	
Protesi di arto superiore	212	34	
Protesi di arto inferiore	223	115	72
Calzature ortopediche	45	13	
Ausili per terapie individuali	0	0	
Protesi oculari	10	2	
Ausili ottici	90	75	
Ausili per la mobilità personale	7	2	
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	6	6	
Totale	955	337	72

Tabella 10. Distribuzione del numero di prodotti, aggiuntivi e riparazioni in ogni classe riconducibili alle tariffe vigenti in base alle informazioni disponibili per la costruzione della tariffa

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

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

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

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

Tabella 11. Schema riepilogativo nell'ambito della costruzione delle tariffe

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

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

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

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

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

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

In particolare, come già sopra menzionato, è stata verificata la carenza di robustezza delle indicazioni relative ai costi indiretti e generali fornite da alcune delle associazioni di categoria e si è, pertanto, deciso di soprassedere in attesa di poter organizzare una rilevazione sul campo anche di queste voci di costo. Nelle more di tale iniziativa, si è pertanto deciso di attribuire a questa voce del costo pieno il valore del 10% dei costi diretti rilevati e forniti: si tratta certamente di una quota percentuale piuttosto contenuta, ma utilizzata in ambito industriale. Un secondo aspetto critico che si è ritenuto opportuno verificare è stato il costo del lavoro: in particolare, si è indentificato il CCNL per i dipendenti degli studi professionali del 2015 quale possibile riferimento del settore dove si include anche specificatamente la figura del tecnico ortopedico. Trattandosi poi

di piccole aziende spesso a conduzione familiare, in questa prima fase si è ritenuto opportuno individuare il lavoratore “tipo” in una persona che lavora da trent’anni ed è inquadrato nel livello di quadro, ottenendo un costo pieno orario pari a circa 27 euro. Si è adottato il livello di inquadramento di quadro tenendo conto che si tratta in genere di piccole realtà spesso a conduzione familiare dove si ha uno scarso turn over. Tutto ciò fa supporre che i dipendenti abbiano sia un inquadramento di tipo apicale sia un livello di anzianità mediamente elevato.

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

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

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

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

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

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

È, infine, da evidenziare che le tariffe agganciate al Nuovo Nomenclatore sono state visionate, valutate e verificate dai componenti regionali del gruppo di lavoro sulla protesica nell’ambito della sopra citata Commissione che opera a supporto della Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale, istituita ai sensi dell’art. 1, comma 556, della

legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016) con decreto ministeriale 16 giugno 2016 con il mandato di garantire il costante aggiornamento dei LEA attraverso una procedura tempestiva e semplificata.

7.4 IL PROCESSO DI DEFINIZIONE DELLE TARIFFE: I CRITERI UTILIZZATI PER LA DETERMINAZIONE DELLE TARIFFE NELLE SINGOLE CLASSI DEL NOMENCLATORE

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

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

- *Le ortesi spinali*

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

- *Le ortesi per arti superiori*

La classe delle ortesi per arti superiori ha visto l'introduzione di due nuovi prodotti ossia le ortesi tipo tenodesi funzionali all'estensione del polso e le ortesi tipo tenodesi funzionali per opposizione e presa 1° - 2° - 3° dito. In questo caso, gli esperti del Ministero della salute hanno raccolto informazioni dai listini prezzo dei principali produttori presenti sul mercato e sono state utilizzate quale riferimento per la determinazione delle tariffe dopo un'attenta disamina.

- *Le ortesi per arti inferiori*

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

- *Protesi per arti superiori*

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

- ***Protesi per arti inferiori***

Le protesi per arti inferiori sono state interessate da una profonda revisione della gamma offerta, seppur precisando che non è stato inserito alcun dispositivo nuovo, cioè che non poteva essere prescritto prima della fase di aggiornamento. Più marcatamente rispetto alle protesi per arti superiori, le principali novità riguardano la possibilità di prevedere dei dispositivi di base tecnologicamente avanzati e innovativi, in quanto costituiti da materiale all'avanguardia e già ampiamente utilizzati dagli assistiti attraverso la compartecipazione alla spesa per l'acquisto dell'ausilio (istituto della riconducibilità per omogeneità funzionale, art. 1, comma 5 d. m. 332/199). Tra i dispositivi coinvolti, le Protesi per disarticolazione di ginocchio, le Protesi transfemorali endoscheletriche con invasatura temporanea, le Protesi transfemorali endoscheletriche con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica e le Protesi endoscheletriche per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomy sono i prodotti maggiormente interessati. Per buona parte dei nuovi prodotti relativi a tale classe di ausili, si è potuto usufruire di un triplice contributo. Infatti, sono state utilizzate le informazioni fornite dal Centro Protesi di Vigorso di Budrio (BO) - INAIL, le indicazioni fornite da FIOTO e le informazioni già in possesso degli esperti del Ministero della salute. In questo caso, è stato quindi possibile beneficiare di una pluralità di informazioni non soltanto per quanto concerne i prodotti, ma anche su alcuni specifici aggiuntivi.

- ***Protesi oculari***

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

- ***Ausili per la mobilità personale***

Gli Ausili per la mobilità personale fanno riferimento a dispositivi a supporto della mobilità per assistiti in condizione di particolare fragilità a causa di gravi limitazioni imposte dalle patologie congenite o acquisite, richiedendo quindi un'apposita sistemazione con componenti di postura fabbricate e stilizzate dai tecnici sulle misure direttamente rilevate sugli utenti. La collocazione dei due ausili di serie nell'elenco del “su misura” persegue la finalità di realizzare la fornitura in un unico “passaggio” snellendo e semplificando la consegna (i tecnici ortopedici sono contemporaneamente soggetti abilitati alla costruzione e soggetti economici che gestiscono una impresa di commercializzazione degli ausili tecnici). All'interno di tale classe rientrano, quindi, due prodotti quali le basi di mobilità basculante (si ribadisce, sono dispositivi di serie), e una serie di aggiuntivi all'occorrenza necessari in base alla prescrizione dello specialista. Seppur disponendo di limitate informazioni e conoscenze tecnico-produttive, l'unica soluzione disponibile per determinare le tariffe da associare a tale classe di dispositivi sono state le valorizzazioni delle singole componenti e una stima delle fasi di lavoro necessarie alla produzione del dispositivo individuate tra quelle segnalate dalla FIOTO, oltre alle tariffe applicate nell'elenco n. 1 del nomenclatore ex DM 332 del 1999 dove gli ausili erano collocati.

- ***Ausili per adattamento della casa e altri ambienti***

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

- ***Ausili ottici***

Gli ausili appartenenti a tale classe sono categorizzabili come dispositivi di correzione ottica non elettronici e sono rivolti alle specifiche esigenze di assistiti con gravi limitazioni della funzione visiva (nell'ordinamento sanitario italiano, le lenti per occhiali e quelle a contatto sono considerati dispositivi su misura). Il

Nomenclatore ha per tale classe previsto l'introduzione di alcuni dispositivi non previsti dal Nomenclatore DM 332/99. Questo tipo di prodotto è caratterizzato da un rilevante contributo dell'ottico abilitato rispetto alle fasi di realizzazione, applicazione, prova e adattamento alle esigenze dell'assistito di cui la tariffa dovrebbe tenere conto. In questa fase dell'aggiornamento, tuttavia, non è stato possibile organizzare una rilevazione dei tempi di lavorazione e quindi l'Associazione Federativa Nazionale Ottici Optometristi – FEDEROTTICA, raccogliendo distributori di prodotti ottici, ha fornito i listini con i prezzi di acquisto presso i principali produttori italiani e stranieri. Nella seconda fase di aggiornamento (cfr *Infra*), l'aspetto dei tempi di lavorazione dovrà essere oggetto di specifica indagine.

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

Il 31 marzo 2017, nel corso di un incontro presso il Ministero della salute tra la Direzione Generale della Programmazione sanitaria dello stesso Ministero della salute e i rappresentanti delle Associazioni di Categoria del comparto della protesica, si è presentata la proposta di definizione delle tariffe in base alla metodologia sopra descritta.

In seguito alla condivisione di questa proposta, il comparto ha fornito nelle settimane successive delle ulteriori informazioni e proposte di revisioni. In seguito a detto incontro del 31 marzo 2017, le Associazioni di Categoria hanno fornito ulteriori informazioni e indicazioni che hanno condotto a un riesame delle ipotesi tariffarie determinate con la metodologia di cui sopra.

In particolare, per quanto riguarda l'ortopedia (escludendo quindi le protesi oculari e gli ausili ottici) le Associazioni di Categoria hanno analizzato la transcodifica tra vecchio e nuovo nomenclatore realizzata dal Ministero e diviso i codici delle prestazioni in tre categorie distinte (totale = 952 codici prestazione):

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

La Tabella 12 dà evidenza di quanto appena riportato.

Tabella 12. Informazioni sintetiche della revisione tariffaria post Consultazione del 31/03/2017

Categoria	Coincidente	Parzialmente coincidente	Non coincidente	Totale
Ortesi spinali	154	1	10	165
Ortesi per arto superiore	50	-	3	53
Ortesi per arto inferiore	138	11	13	162
Protesi di arto superiore	108	94	11	213
Protesi di arto inferiore	131	81	74	286
Calzature ortopediche	39	9	0	48
Ausili per terapie individuali	6	0	0	6
Protesi oculari	18	0	0	18
Ausili ottici	93	0	0	93
Ausili per la mobilità personale	4	0	6	10
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	8	0	1	9
Totale	749	196	118	1063

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

Tra i codici «non coincidenti» sono state verificate le discrepanze tra le associazioni proposte da FIOTO a luglio del 2016 e quelle proposte da Federlazio e altre associazioni nel maggio 2017. La Tabella 6 mostra i codici per categoria per i quali è stata osservata una differenza di assimilazione/transcodifica. Delle 77 prestazioni monitorate e riportate nella Tabella, sono state confermate 73 nuove assimilazioni, confermando in 5 casi le proposte del comparto del luglio 2016 (si tratta dei codici “06.24.92.154 piede rigido per protesi esoscheletrica senza perno filettato di fissaggio e senza parte malleolare (T)”, “06.24.92.512 smontaggio e rimontaggio cosciale (T)”, “06.24.92.515 adattamento invasatura (T)”, “06.24.92.715 calotta terminale per rivestimento in materiale morbido predisposto per piede rigido (M)”, “06.24.92.718 calotta terminale per rivestimento in materiale morbido predisposto per piede articolato (M)”).

Tabella 13. Numerosità codici prestazione la cui riconduzione al nomenclatore ex DM 332 del 1999 comunicata dalle Associazioni di Categoria nel luglio 2016 risultava diversa da quanto comunicato dalle stesse a giugno 2017

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

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

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

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

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

Per quanto concerne oculistica e ottica, a seguito delle segnalazioni delle Associazioni di Categoria, si è provveduto a un nuovo controllo della distribuzione di dispositivi, aggiuntivi e riparazioni e a una verifica e sistemazione dei singoli codici prestazione nelle classi di ausili più appropriate. Inoltre, se nel caso dell'ottica non si è provveduto ad apportare modifiche (in virtù della presentazione da parte del comparto della medesima documentazione considerata nella prima fase – cfr. sopra), ANPO ha invece proposto un'analisi dei costi per la realizzazione degli ausili negli «studi» di protesi oculari. L'analisi dei costi è risultata ragionevole fornendo indicazioni più dettagliate relative ai costi di produzione e sono state accolte le ipotesi tariffarie proposte. È stata fatta eccezione per una prestazione (codice “06.30.90.048 - impostazione sclerale o bulbare per protesi oculare in caso di prima fornitura o di modifica della precedente per la serie di protesi in vetro e per protesi in resina” e la relativa riparazione), rispetto alla quale era già stata utilizzata in precedenza una rilevazione fornita dalla stessa ANPO.

Gli esiti di tale attività di interlocuzione sono sintetizzati nella seguente Tabella 14 dove sono riportati i codici in base alla variazione positiva o negativa del valore inizialmente proposto e alle classi del nomenclatore. Emerge una concentrazione di variazioni positive tra i prodotti inclusi nella classe delle protesi degli arti inferiori e superiori in seguito alla revisione della stima del valore dei prodotti pacchettizzati. Nel caso poi delle ortesi degli arti inferiori, gli incrementi sono in parte dovuti alla revisione delle componenti dei prodotti pacchettizzati e in parte riconducibili all'accesso a stime di costo non rese inizialmente disponibili nella piattaforma di Fioto, trattandosi di nuovi prodotti.

Un discorso a parte riguarda poi le riparazioni per cui la proposta di taglio lineare del 40% è stata posta in discussione dall'insieme delle associazioni di categoria e rivista sempre nell'ambito delle classi delle protesi degli arti superiori e inferiori oltre che dell'ortesi degli arti inferiori. La *ratio* di tale modifica è da identificare nell'elevato valore che alcuni pezzi di ricambio possono avere data la tipologia di materiale utilizzato, quale il titanio o il carbonio, che garantiscono, oltre ad un maggiore confort, anche una maggiore resistenza per le loro caratteristiche meccaniche ed elastiche. L'utilizzo di tali materiali renderà sempre meno necessario il ricorso alle riparazioni, le quali comunque richiederanno sensibili minori tempi/uomo.

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

Tabella 14. Distribuzione dei codici le cui tariffe sono state oggetto di proposte di modifiche per variazione positiva e negativa e per classe del nomenclatore

Categoria	Numerosità di codici prestazione con variazione in aumento				Numerosità di codici prestazione con variazione in riduzione o senza modifiche*			
	Prodotti	Aggiuntivi	Riparazioni	Totale	Prodotti	Aggiuntivi	Riparazioni	Totale
Ortesi spinali	39	4	35	78	0	35	52	87
Ortesi per arto superiore	15	7	16	38	0	6	9	15
Ortesi per arto inferiore	37	25	60	122	5	27	8	40
Protesi di arto superiore	37	13	160	210	2	1		3
Protesi di arto inferiore	53	48	161	262	2	4	18	24
Calzature ortopediche	24	4	5	33	1	13	1	15
Ausili per terapie individuali	6			6	0			0
Protesi oculari	6	1	4	11	3	4		7
Ausili ottici				0	76		17	93
Ausili per la mobilità personale	2	7		9		1		1

Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	5		3	8	1			1
Totale	224	109	444	777	90	91	105	286

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

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

La Tabella 15 sintetizza lo scenario sopra descritto, dettagliando il valore economico che ciascuno genererebbe per singola classe di ausili.

Tabella 15. Il valore economico dello scenario ex ipotesi tariffarie al 31 marzo 2017

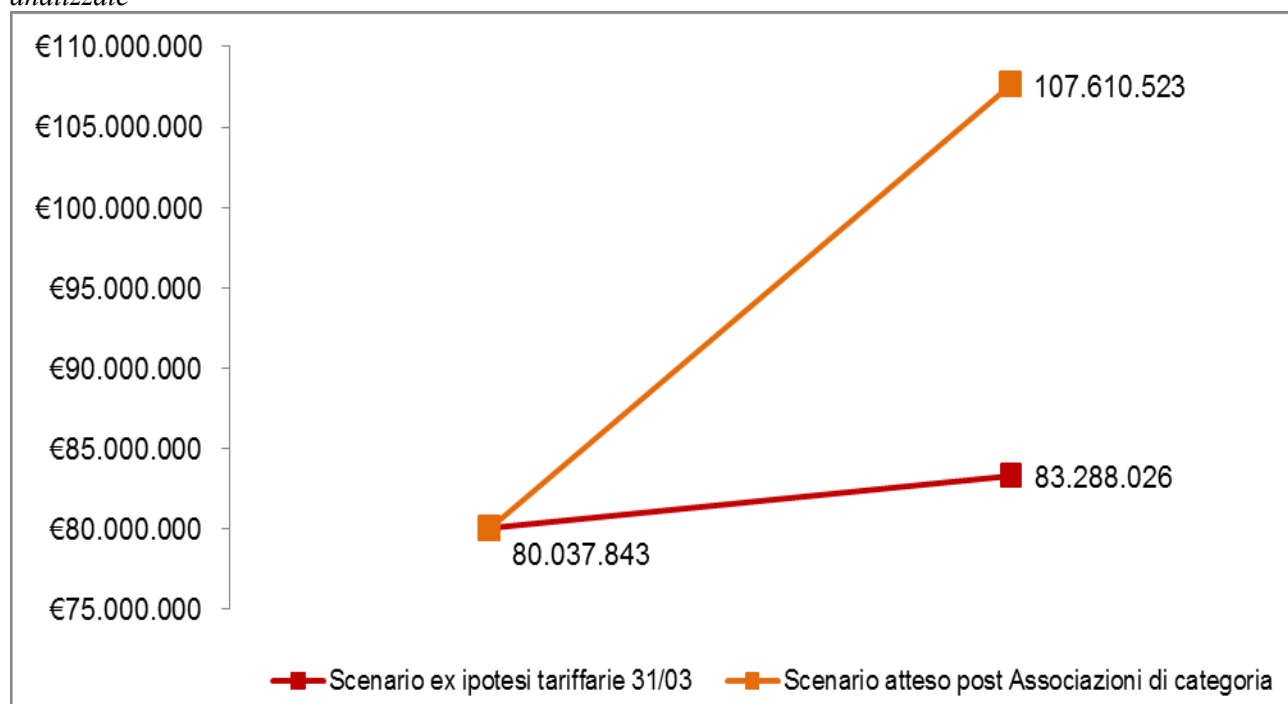
Categorie	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03/17
Ausili per terapie individuali	€ 412.100,00
Ortesi spinali	€ 10.235.636,65
Ortesi arto superiore	€ 618.428,54
Ortesi arto inferiore	€ 31.807.952,17
Protesi arto superiore	€ 2.606.781,99
Protesi arto inferiore	€ 18.569.077,18
Protesi oculari	€ 3.571.385,21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

In seguito alle revisioni successive all'incontro del 31 marzo 2017, si è provveduto a (i) rimodulare i volumi in seguito alla revisione delle assimilazioni, (ii) procedere a una nuova valorizzazione tariffaria, sulla base delle indicazioni fornite dalle associazioni di categoria e (iii) riassegnare adeguatamente i 5 codici prestazione relativi a «protesi oculari» che erano inizialmente stati erroneamente imputati alla categoria «ausili ottici». L'esito di tali variazioni è sintetizzato nella Tabella 16 e nella Figura 1.

Tabella 16. Il valore economico del Nomenclatore nelle regioni monitorate per classe di ausili post revisione: una sintesi

Categoria	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03/17	Post Associazioni di categoria	Delta assoluti	Delta %
Ausili per terapie individuali	€ 412.100,00	€ 802.380,00	€ 390.280,00	94,7%
Ortesi spinali	€ 10.235.636,65	€ 15.609.160,08	€ 5.373.523,43	52,5%
Ortesi arto superiore	€ 618.428,54	€ 1.056.366,67	€ 437.938,13	70,8%
Ortesi arto inferiore	€ 31.807.952,17	€ 34.868.100,07	€ 3.060.147,90	9,6%
Protesi arto superiore	€ 2.606.781,99	€ 3.156.940,33	€ 550.158,34	21,1%
Protesi arto inferiore	€ 18.569.077,18	€ 24.854.983,19	€ 6.285.906,01	33,9%
Protesi oculari	€ 2.918.783,08	€ 4.626.758,65	€ 1.707.975,57	58,5%
Calzature	€ 14.752.938,49	€ 15.627.968,50	€ 875.030,01	5,9%
Ausili per la mobilità personale	€ 241.990,16	€ 5.895.142,00	€ 5.653.151,84	2336,1%
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	€ 647.058,62	€ 670.185,00	€ 23.126,38	3,6%
Ausili ottici	€ 477.279,22	€ 442.538,43	-€ 34.740,79	-7,3%
Totale	€ 83.288.026,10	€ 107.610.522,92	€ 24.322.496,82	29,2%

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



Si nota come le ipotesi tariffarie susseguenti alle indicazioni e documentazioni fornite dalle Associazioni di categoria portino a una differenza complessiva di +24,3 milioni di euro (+29,2%) per le regioni oggetto del campione rispetto alle precedenti ipotesi tariffarie e alle precedenti attribuzioni dei volumi. La differenza più consistente in termini assoluti si registra nella classe delle protesi di arto inferiore: +6,3 milioni di euro (+33,9%) rispetto alle precedenti ipotesi tariffarie. La rimodulazione dei volumi in seguito alle modifiche apportate alle riconduzioni (vedi sopra per dettagli) hanno in particolare caratterizzato gli «Ausili per la mobilità personale» che fanno registrare l'aumento più consistente sia in termini assoluti, passando da 241 mila euro di impatto a 5,9 milioni di euro, sia in termini relativi. Una seconda classe di ausili che registra un rilevante aumento tra i due momenti di rilevazione del lavoro sin qui condotto è quella delle ortesi spinali, che, in seguito alla nuova riconduzione dei volumi e alle modifiche delle ipotesi tariffarie, registra un + 5,4 milioni di euro (+52,5%) rispetto alla precedente ipotesi di impatto sulla spesa.

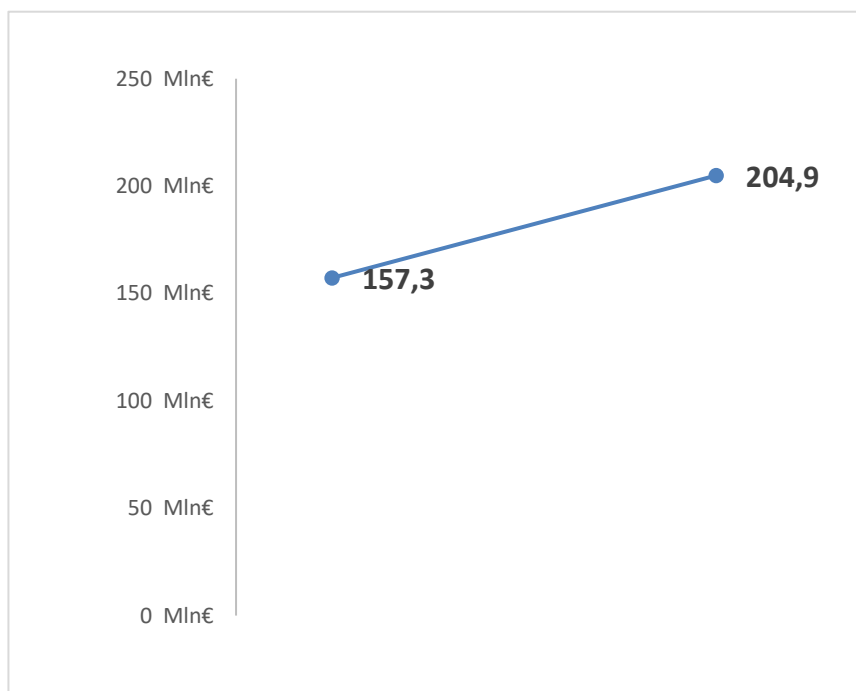
% Popolazione considerata	85,10%
IMPATTO NAZIONALE	204,883,345 €

A seguito di tale lavoro è stato valutato l'impatto in termini di spesa che il Nuovo Nomenclatore potrebbe generare sull'intero territorio nazionale e non soltanto sulle regioni monitorate all'interno del campione considerato. Considerando che la popolazione afferente alle Regioni monitorate è pari al 85,1% del totale della popolazione nazionale (cfr. **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.2**), al fine di realizzare le proiezioni sull'intera popolazione si è assunta, in seguito alla consultazione di esperti, una domanda omogenea sul territorio. A partire da tale premessa, si è quindi fatto uso del seguente algoritmo di calcolo:

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

Utilizzando come termine di paragone la valorizzazione del previgente nomenclatore, l'impatto stimato per l'intero nomenclatore è pari a **204,9 mln di euro** (+47,6 mln rispetto ai 157,3 mln del Previgente Nomenclatore; + 30,2%). La Figura 2 rappresenta una sintesi di quanto appena descritto.

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



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

Il processo di aggiornamento delle tariffe relative al nuovo nomenclatore appena tratteggiato sconta i limiti sopra descritti, in ragione della necessità di addivenire rapidamente in prima battuta ad una determinazione delle tariffe massime nazionali idonea alla piena operatività dei Livelli Essenziali di Assistenza, in base a

quanto disposto dall'articolo 64 del DPCM 12 gennaio 2017, strutturando ed implementando successivamente un meccanismo stabile di aggiornamento continuo.

Emerge, quindi, la necessità di individuare soluzioni ai vuoti informativi, che non hanno permesso sempre di realizzare una stima puntuale dei costi indiretti, e un aggiornamento di tutte le tariffe basato su una rilevazione dei costi relativi. Alla luce di tutto ciò, emerge quindi l'urgenza di queste iniziative e si ritiene opportuno già in questa sede delineare l'approccio e la metodologia che si intende perseguire. È da sottolineare che le stesse organizzazioni di categoria, in sede di presentazione delle ipotesi tariffarie, hanno riconosciuto la pressante necessità di superare le criticità emerse nel corso di questo lavoro attraverso una rilevazione sul campo dei dati di costo.

Per svolgere una simile attività, sono state individuate le seguenti fasi.

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

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

APPENDICE

ELENCO DELLE SIGLE E DEGLI ACRONIMI

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

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

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

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

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica	€ 51,65	
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesie per intervento	€ 15,45	
04.93	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	€ 57,95	
05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco	€ 77,45	
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco	€ 129,50	
06.01	AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 70,00	
06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 56,00	
06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	€ 72,70	
06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	€ 72,70	
08.01	INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	€ 15,50	
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia, Tarsorrafia	€ 16,00	
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	€ 17,20	
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	€ 32,15	
08.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	€ 32,15	
08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	€ 32,15	
08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	€ 53,90	
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	€ 38,20	
08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA	€ 1.002,00	
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	€ 47,05	
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	€ 80,80	
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	€ 183,70	
08.51	CANTOTOMIA	€ 13,60	
08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	€ 48,35	
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72)	€ 360,95	
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	€ 1.002,00	
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	€ 1.002,00	
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	€ 37,35	
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	€ 35,80	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	€ 81,00	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 26,75	
08.99.2	INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIOCLARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco	€ 15,00	
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	€ 38,35	
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 72,80	
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	€ 41,00	
09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	€ 40,90	
09.21	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	€ 72,80	
09.42	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	€ 16,45	
09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	€ 67,85	
09.44	INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino	€ 1.032,00	
09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE	€ 38,60	
09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	€ 38,60	
09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 228,65	
09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: oblitterazione del punto lacrimale	€ 206,00	
10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE	€ 516,00	
10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	€ 31,25	
10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	€ 31,25	
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO	€ 109,05	
10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 56,60	
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco	€ 11,40	
11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA	€ 78,00	
11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA	€ 206,00	
11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 71,10	
11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	€ 32,10	
11.53.1	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE	€ 433,00	
11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI	€ 354,65	
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	€ 123,00	
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	€ 89,80	
11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale]. Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi	€ 1.343,00	
11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica	€ 40,00	
12.14	IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)	€ 111,35	
12.22	BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE	€ 111,35	
12.22.1	AGOBIOPSIA IRIDE	€ 111,35	
12.31	LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER	€ 1.032,00	
12.35.1	IRIDOPLASTICA/COREOPLASTICA	€ 69,60	
12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	€ 69,60	
12.59	TRABECULOPLASTICA Mediante laser	€ 69,60	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	€ 463,00	
12.72	CICLOCRIOTERAPIA	€ 109,05	
12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	€ 108,45	
12.82	RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA	€ 420,00	
12.84	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA	€ 1.032,00	
12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	€ 33,20	
12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco	€ 516,00	
12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco	€ 420,00	
13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	€ 750,00	
13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	€ 94,80	
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino	€ 771,05	
13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti	€ 900,00	
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	€ 771,05	
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	€ 550,60	
14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 64,70	
14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Minimo tre sedute	€ 516,00	
14.24.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occhio. Incluso farmaco	€ 1.516,00	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
14.24.2	TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	€ 115,00	
14.24.3	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE	€ 61,00	
14.29.1	TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	€ 1.400,00	
14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 70,20	
14.34	FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	€ 56,80	
14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	€ 28,00	
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone. Inclusive le sostanze	€ 516,00	
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Escluso: costo del farmaco	€ 268,15	
16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	€ 47,05	
16.71	RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARE (a scopo igienico)	€ 2,55	
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, iniezione ottociliare. Incluso farmaco	€ 36,15	
18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	€ 13,45	
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 16,15	
18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)	€ 215,00	
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21	€ 15,75	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
18.31.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 241,00	
19.4	RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA	€ 29,90	
20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio	€ 23,00	
20.09.1	MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO	€ 21,50	
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	€ 54,20	
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	€ 25,85	
20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE	€ 9,05	
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	€ 14,25	
20.94	INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. Incluso farmaco	€ 22,00	
20.94.A	MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA	€ 22,00	
21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	€ 14,00	
21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE	€ 26,80	
21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa	€ 18,60	
21.22	BIOPSIA DEL NASO	€ 25,85	
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	€ 25,55	
21.69.1	TURBINoplastica [turbinectomia, frattura turbinati, decongestione chirurgica dei turbinati]	€ 400,00	
21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	€ 25,15	
21.88	SETTOPLASTICA	€ 400,00	
21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	€ 25,55	
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	€ 25,85	
22.02	ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)	€ 25,85	
22.11	BIOPSIA DEI SENI NASALI	€ 25,85	
22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione	€ 19,00	
22.19.2	MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI	€ 22,00	
22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	€ 64,00	
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	€ 64,00	
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	€ 12,15	
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e Anestesia	€ 17,85	
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale. Incluso: Anestesia	€ 33,05	
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	€ 20,80	
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	€ 38,35	
23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	€ 64,00	
23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	€ 34,85	
23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso rilevazione impronte	€ 31,65	
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	€ 57,35	
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	€ 57,35	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 17,00	
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 79,75	
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)	€ 129,10	
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi di precisione (per arcata)	€ 81,30	
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	€ 31,00	
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	€ 16,25	
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	€ 11,50	
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	€ 11,50	
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 35,25	
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 57,40	
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 16,00	
23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	€ 34,85	
23.72.3	PULPOTOMIA	€ 41,30	
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	€ 48,10	
24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	€ 29,55	
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)	€ 94,25	
24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2	€ 94,25	
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	€ 31,25	
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	€ 31,25	
24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei(trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture)	€ 23,00	
24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	€ 62,80	
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)	€ 31,25	
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	€ 25,20	
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	€ 22,30	
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	€ 55,30	
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	€ 38,00	
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	€ 122,90	
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	€ 122,90	
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	€ 26,75	
24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	€ 15,00	
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	€ 16,20	
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	€ 25,85	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	€ 24,00	
25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	€ 18,05	
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	€ 24,65	
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	€ 25,85	
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	€ 17,60	
27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglossa (06.09)	€ 51,90	
27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)	€ 9,65	
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	€ 25,85	
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	€ 17,20	
27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	€ 31,25	
27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO	€ 62,00	
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	€ 18,05	
27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	€ 62,00	
27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	€ 25,00	
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	€ 23,80	
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	€ 23,80	
27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	€ 10,40	
27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA	€ 62,05	
27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	€ 62,00	
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	€ 18,05	
28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	€ 22,95	
28.91	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE	€ 23,40	
29.12	BIOPSIA FARINGEA	€ 31,25	
29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)	€ 62,00	
31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	€ 20,90	
31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	€ 34,15	
31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE	€ 22,65	
31.94.1	INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA	€ 143,00	
31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	€ 354,60	
33.21	BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	€ 82,60	
33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche -autofluorescenza - Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	€ 82,63	
33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL	€ 64,95	
34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA	€ 164,20	
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata	€ 164,20	
34.29	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSBRONCHIALE DI LINFONODI ILO MEDIASTINICI	€ 127,10	
34.91	TORACENTESI	€ 105,90	
34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	€ 164,20	
34.91.2	TORACENTESI ECOGUIDATA	€ 127,10	
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Iniezione per collasso del polmone	€ 61,95	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
37.26.1	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFOGEEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE	€ 77,45	
37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	€ 1.550,45	
37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	€ 1.050,45	
37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	€ 1.250,45	
37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	€ 1.550,45	
38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	€ 35,10	
38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	€ 35,10	
38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI	€ 41,05	
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 59,25	
38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE	€ 27,00	
38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	€ 251,00	
38.59.1	MINISTRIPPING [VARICETOMIA] DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali. Escluse le safene	€ 251,00	
38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO. Escluso: trombosi dell'ostio	€ 360,00	
38.80.1	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Escluse safene	€ 833,00	
38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	€ 24,00	
38.94.A	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong	€ 40,05	
38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	€ 240,00	
38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	€ 280,50	
38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	€ 240,00	
38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	€ 280,50	
38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	€ 240,00	
38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE	€ 280,50	
38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	€ 280,50	
38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	€ 364,65	
38.97	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port].Incluso: radiografia di controllo	€ 280,50	
38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	€ 282,00	
38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	€ 152,50	
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00	
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00	
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00	
39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 219,00	
39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie	€ 19,60	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni	€ 99,00	
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 147,25	
39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 136,00	
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 172,75	
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 240,00	
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 206,55	
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 240,00	
39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 206,55	
39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 150,00	
39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 147,25	
39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 190,00	
39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute	€ 20,25	
39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 136,00	
39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 172,75	
39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 230,00	
39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare \geq 45 kDa). Per seduta	€ 184,70	
39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	€ 230,00	
39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare \geq 45 kDa). Per seduta	€ 1.000,00	
39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	€ 195,00	
39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 195,00	
39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	€ 184,35	
39.95.O	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta	€ 105,00	
39.95.P	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta	€ 105,00	
39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	€ 185,00	
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,45	
39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)	€ 500,00	
39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesto	€ 500,00	
39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,50	
39.99.5	ECODOPPLER FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 34,05	
39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)	€ 16,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
40.11.1	BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali	€ 51,00	
40.11.2	BIOPSIA ESCISSORIALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE	€ 258,20	
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	€ 66,00	
40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	€ 105,65	
40.29	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di Igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfadenectomia singola	€ 51,00	
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	€ 42,70	
42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	€ 123,55	
42.24.1	BIOPSIA DELL'ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2	€ 64,95	
42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 81,60	
42.29.3	pH-METRIA TELEMETRICA	€ 281,60	
42.29.4	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 130,00	
42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)	€ 194,40	
42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)	€ 259,30	
42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	€ 94,00	
42.33.4	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	€ 107,00	
42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)	€ 112,55	
42.93	INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA	€ 94,10	
43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	€ 200,00	
43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Polipectomia gastrica e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14). Incluso: Controllo di emorragia	€ 193,55	
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia. Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)	€ 259,30	
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2)	€ 64,95	
44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3; 45.16.1; 45.16.2; 44.19.3	€ 556,80	
44.19.2	BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	€ 20,10	
44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1	€ 253,25	
44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	€ 185,00	
44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO	€ 1.470,00	
44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO	€ 63,00	
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	€ 64,90	
45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	€ 863,75	
45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA	€ 88,00	
45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA	€ 152,95	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1;45.16.2)	€ 64,95	
45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)	€ 64,95	
45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	€ 90,95	
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 123,55	
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 172,95	
45.19.1	MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)	€ 32,45	
45.19.2	COLORAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGRADA (45.23.1)	€ 32,45	
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23)	€ 120,00	
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	€ 140,50	
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	€ 231,45	
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica	€ 147,65	
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla	€ 197,05	
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 47,40	
45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 123,55	
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 138,35	
45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	€ 64,95	
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	€ 90,95	
45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	€ 64,95	
45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	€ 90,95	
45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5)	€ 556,80	
45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO	€ 74,85	
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	€ 21,20	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	€ 21,20	
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	€ 253,25	
45.29.6	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA	€ 21,20	
45.29.7	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA	€ 21,20	
45.29.8	TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE	€ 61,05	
45.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Polipectomia e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	€ 194,40	
45.30.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 259,30	
45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	€ 117,05	
45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	€ 147,00	
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	€ 400,00	
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA . Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: Controllo di emorragia. Escluso: Politectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica (45.42); Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede multipla (45.42.1)	€ 122,65	
46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 172,65	
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 31,90	
48.23.1	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 112,40	
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	€ 64,95	
48.24.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24	€ 556,80	
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 58,35	
48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1)	€ 253,25	
49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	€ 39,75	
49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 39,75	
49.04	ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 39,75	
49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	€ 39,75	
49.21	ANOSCOPIA	€ 22,70	
49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI	€ 31,25	
49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 47,25	
49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	€ 47,50	
49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI	€ 16,50	
49.44	TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI	€ 47,50	
49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI	€ 47,50	
49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia]	€ 47,50	
49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	€ 47,50	
49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	€ 45,70	
50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 94,90	
50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 189,85	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	€ 94,90	
50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	€ 195,00	
51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	€ 89,00	
52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA	€ 253,25	
52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	€ 556,80	
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA.. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
54.00	INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE	€ 34,85	
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	€ 25,85	
54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 94,90	
54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 189,85	
54.91	PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	€ 34,85	
54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 94,45	
54.91.2	DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 43,55	
54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	€ 179,60	
54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere	€ 46,20	
54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	€ 30,80	
54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)	€ 61,95	
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE	€ 54,70	
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 46,65	
54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 83,00	
54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 55,50	
54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 52,65	
54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 56,65	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD]. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 50,00	
54.98.8	TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e ClCr/BSA	€ 59,15	
54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	€ 35,00	
55.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE	€ 843,50	
55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	€ 68,10	
55.93	SOSTITUZIONE DI CATETERE NEFROSTOMICO	€ 100,00	
56.62	REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA	€ 510,40	
57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	€ 32,15	
57.32	URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a Cateterizzazione ureterale (59.8)	€ 57,00	
57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA	€ 91,20	
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	€ 57,25	
57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso: lavaggio vescicale	€ 9,45	
58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	€ 64,95	
58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	€ 45,55	
58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	€ 34,05	
58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta	€ 10,45	
58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO	€ 44,80	
59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32)	€ 33,30	
60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	€ 94,90	
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	€ 86,80	
61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	€ 18,65	
62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 99,00	
63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	€ 17,85	
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	€ 100,75	
63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE	€ 800,00	
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	€ 129,10	
64.11	BIOPSIA DEL PENE	€ 46,65	
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)	€ 57,15	
64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE	€ 21,25	
64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	€ 22,80	
65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione	€ 945,00	
65.11.1	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO	€ 99,00	
65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.11.1)	€ 99,00	
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA	€ 35,45	
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)	€ 34,55	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	€ 43,50	
67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA	€ 44,60	
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	€ 64,35	
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	€ 64,95	
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	€ 95,00	
69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	€ 12,75	
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]	€ 15,50	
69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	€ 900,00	
69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.	€ 900,00	
69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 99,00	
69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica	€ 450,00	
69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica	€ 196,00	
69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.	€ 2.400,00	
69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	€ 900,00	
69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI	€ 400,00	
69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA	€ 95,35	
69.92.B	CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	€ 34,00	
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI	€ 11,05	
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia	€ 35,45	
70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali	€ 35,10	
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia	€ 46,65	
71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	€ 28,25	
71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA e 67.32 DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICE	€ 23,35	
75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	€ 87,85	
75.10.2	AMNIOCENTESI	€ 73,90	
75.33.1	FUNICOLOCENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO	€ 97,10	
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	€ 16,40	
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	€ 30,65	
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	€ 115,25	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	€ 25,25	
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 27,85	
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco	€ 27,85	
76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale	€ 15,00	
76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	€ 154,90	
77.40	BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA	€ 42,70	
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.365,00	
78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata	€ 38,80	
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca	€ 53,80	
81.16	ARTRODESI METATARSOFFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80	
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80	
81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80	
81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.505,00	
81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.505,00	
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	€ 31,25	
81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96	€ 31,25	
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco	€ 27,85	
81.92.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore. Incluso farmaco	€ 290,00	
82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 290,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.452,00	
82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.452,00	
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.080,10	
83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	€ 22,50	
83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	€ 31,80	
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	€ 41,05	
83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI	€ 51,30	
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	€ 38,15	
83.61	SUTURA DI GUAINA TENDINEA	€ 31,00	
83.65.1	SUTURA DI MUSCOLI O FASCE	€ 14,00	
83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE	€ 14,00	
83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso: costo del farmaco ed eventuale guida ecografica	€ 6,95	
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90	
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90	
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 826,00	
84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90	
85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	€ 30,85	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 31,25	
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	€ 39,10	
85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 42,20	
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA	€ 408,90	
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOASSI	€ 429,35	
85.11.5	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 94,90	
85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 97,00	
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 128,10	
85.11.9	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE	€ 510,00	
85.19.1	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOASSICO	€ 510,00	
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	€ 32,55	
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	€ 36,80	
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata	€ 39,10	
85.24	ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA	€ 32,55	
85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO	€ 32,55	
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	€ 9,15	
86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	€ 16,85	
86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	€ 9,05	
86.02.3	TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO	€ 16,50	
86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	€ 31,05	
86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	€ 42,75	
86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS (98.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE (98.24)	€ 40,05	
86.05.2	REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	€ 40,05	
86.06	INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 280,50	
86.06.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORNIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Incluso farmaco	€ 4,00	
86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 395,00	
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 38,50	
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 53,65	
86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	€ 8,40	
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	€ 20,10	
86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta	€ 14,65	
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta	€ 14,75	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	€ 23,90	
86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA	€ 34,00	
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE . Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	€ 34,00	
86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	€ 12,00	
86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20	
86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20	
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo	€ 235,20	
86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE	€ 247,90	
86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20	
86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di peduncolo o lembo - Sezione di peduncolo di lembo	€ 340,25	
86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 340,25	
86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	€ 327,80	
86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	€ 453,65	
86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato	€ 283,55	
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	€ 294,00	
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA	€ 1.286,90	
86.86	ONICOPLASTICA	€ 882,00	
86.92	ELETTROLISI E ALTRA DEPILAZIONE CUTANEA	€ 30,95	
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	€ 86,10	
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC (87.03.D)	€ 138,50	
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	€ 92,50	
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	€ 147,00	
87.03.5	TC DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 86,10	
87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 138,50	
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 86,10	
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 138,50	
87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	€ 147,00	
87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo)	€ 86,10	
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo)	€ 138,50	
87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo)	€ 86,10	
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo)	€ 138,50	
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	€ 51,60	
87.03.F	TC DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]	€ 83,10	
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	€ 85,20	
87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 30,45	
87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 54,70	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
87.09.1	RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari	€ 15,20	
87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	€ 66,60	
87.11.2	RX CON OCCLUSALE DELLE ARCATE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore	€ 9,30	
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	€ 20,65	
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	€ 10,30	
87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.7B.5)	€ 6,20	
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	€ 26,85	
87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	€ 44,40	
87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE	€ 14,95	
87.16.7	RX EMIMANDIBOLA	€ 14,95	
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 17,30	
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	€ 22,20	
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	€ 18,05	
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	€ 17,30	
87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA	€ 17,30	
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	€ 17,30	
87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	€ 17,30	
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)	€ 17,30	
87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	€ 34,60	
87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE	€ 68,15	
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 40,00	
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 26,50	
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 89,30	
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 142,70	
87.42.4	TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	€ 89,30	
87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)	€ 162,70	
87.42.6	TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	€ 162,70	
87.43.1	RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	€ 24,25	
87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE	€ 18,75	
87.43.4	RX DELLO STERNO	€ 18,75	
87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA	€ 21,20	
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	€ 15,45	
87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	€ 55,80	
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	€ 70,50	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	€ 50,10	
87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO	€ 37,40	
87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)	€ 47,25	
87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)	€ 59,35	
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO	€ 45,45	
87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	€ 29,95	
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	€ 51,65	
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO	€ 91,65	
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)	€ 140,95	
87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE	€ 63,25	
87.69.3	DEFECOGRAFIA	€ 63,25	
87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA	€ 84,80	
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	€ 89,35	
87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 68,65	
87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto	€ 91,90	
87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 43,35	
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	€ 66,10	
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,70	
87.79.1	URETROGRAFIA RETROGRADA	€ 43,90	
87.79.2	ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]	€ 68,00	
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 108,45	
87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	€ 60,55	
87.83.2	ISTEROSONOGRAMMA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	€ 46,00	
88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 91,40	
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 145,90	
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 91,40	
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 145,90	
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO	€ 119,20	
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	€ 181,70	
88.01.7	TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	€ 166,10	
88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	€ 190,40	
88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	€ 181,70	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	€ 181,70	
88.03.2	FISTOLOGRAFIA	€ 54,20	
88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO]	€ 19,35	
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	€ 17,80	
88.21.2	RX DELLA SPALLA	€ 17,80	
88.21.3	RX DEL BRACCIO	€ 17,80	
88.22.1	RX DEL GOMITO	€ 14,95	
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	€ 14,95	
88.23.1	RX DEL POLSO	€ 14,20	
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	€ 14,20	
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	€ 17,55	
88.26.2	RX DELL'ANCA	€ 17,55	
88.27.1	RX DEL FEMORE	€ 21,15	
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	€ 21,15	
88.27.3	RX DELLA GAMBA	€ 21,15	
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	€ 17,80	
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	€ 17,80	
88.29.1	RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	€ 30,20	
88.29.3	STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica	€ 26,30	
88.31	RX DELLO SCHELETRO IN TOTO [RX scheletro per patologia sistemica]	€ 90,35	
88.31.1	RX COMPLETA DEL LATTANTE	€ 22,45	
88.32	ARTROGRAFIA CON MDC	€ 82,10	
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	€ 12,10	
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	€ 89,50	
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	€ 156,10	
88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. Almeno tre distretti anatomici	€ 327,10	
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 104,50	
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 104,50	
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 104,50	
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 142,70	
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 142,70	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 142,70	
88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	€ 84,60	
88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	€ 84,60	
88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	€ 84,60	
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	€ 84,60	
88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	€ 94,10	
88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	€ 94,10	
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	€ 94,10	
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	€ 94,10	
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	€ 94,10	
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	€ 134,20	
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	€ 134,20	
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	€ 134,20	
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	€ 134,20	
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	€ 134,20	
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	€ 134,20	
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	€ 149,10	
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	€ 149,10	
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	€ 149,10	
88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO	€ 15,45	
88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	€ 85,00	
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	€ 85,00	
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	€ 85,00	
88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 85,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	€ 89,50	
88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 89,50	
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	€ 89,50	
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 89,50	
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	€ 135,60	
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	€ 135,60	
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	€ 135,60	
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	€ 135,60	
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	€ 135,60	
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	€ 135,60	
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D)	€ 142,70	
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	€ 142,70	
88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	€ 162,70	
88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	€ 162,70	
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	€ 175,10	
88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici	€ 288,85	
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 292,80	
88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	€ 162,70	
88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	€ 162,70	
88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)	€ 162,70	
88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)	€ 162,70	
88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	€ 162,70	
88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	€ 162,70	
88.47.3	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	€ 211,50	
88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	€ 299,75	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.48.1	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)	€ 162,70	
88.49.1	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	€ 299,75	
88.49.2	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI	€ 162,70	
88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	€ 259,15	
88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	€ 246,35	
88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	€ 246,35	
88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	€ 246,35	
88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	€ 256,65	
88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	€ 246,35	
88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	€ 285,05	
88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanelle	€ 31,25	
88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	€ 45,95	
88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO	€ 49,05	
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolordoppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolordoppler delle paratiroidi 88.73.7	€ 28,40	
88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO	€ 33,00	
88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESH]	€ 46,95	
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	€ 60,15	
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	€ 66,00	
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA (88.73.8)	€ 77,45	
88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	€ 41,30	
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	€ 63,25	
88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. (88.72.6)	€ 76,55	
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	€ 42,65	
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler	€ 21,15	
88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 35,85	
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	€ 43,90	
88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anonime	€ 47,00	
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	€ 37,00	
88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)	€ 51,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.5	€ 44,95	
88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 46,00	
88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 37,55	
88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 26,95	
88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	€ 45,00	
88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	€ 46,00	
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	€ 37,80	
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	€ 61,20	
88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	€ 35,00	
88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	€ 72,30	
88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI	€ 34,00	
88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO	€ 62,00	
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 47,00	
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 48,00	
88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 43,00	
88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 43,00	
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 30,95	
88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1	€ 151,20	
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	€ 30,95	
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	€ 68,95	
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato	€ 30,95	
88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE] Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi	€ 50,10	
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucale. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale (88.78.4)	€ 30,95	
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 28,40	
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	€ 32,50	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	€ 28,40	
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	€ 30,95	
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 30,95	
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 43,35	
88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 37,80	
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 37,80	
88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1)	€ 53,70	
88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)	€ 50,10	
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	€ 40,00	
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 43,35	
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color doppler	€ 29,30	
88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 30,00	
88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	€ 28,40	
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	€ 191,50	
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	€ 284,60	
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 212,50	
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 138,10	
88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 215,20	
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	€ 212,50	
88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 138,10	
88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCHE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 138,10	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 138,10	
88.91.D	RM DELLE ROCCHIE PETROSE. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 138,10	
88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 138,10	
88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D) e RM DELLE ORBITE (88.91.E)	€ 138,10	
88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 215,10	
88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 215,10	
88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 215,10	
88.91.K	RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 215,10	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 215,10	
88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC. Studio multidistrettuale di due o più segmenti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHIE PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)	€ 215,10	
88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	€ 215,20	
88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	€ 215,20	
88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	€ 212,50	
88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE. Incluso: Esame di base	€ 215,20	
88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa Anestesia e Visita anestesiologicala per pazienti pediatrici o non collaboranti	€ 284,60	
88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 133,20	
88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 208,40	
88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	€ 212,50	
88.92.3	CINE RM DEL CUORE	€ 138,10	
88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC	€ 215,20	
88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	€ 267,70	
88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	€ 215,20	
88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC	€ 215,20	
88.92.B	ANGIO RM CORONARICA	€ 200,80	
88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 133,20	
88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 133,20	
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 133,20	
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 133,20	
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)	€ 133,20	
88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 208,40	
88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 208,40	
88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 208,40	
88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 208,40	
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	€ 207,70	
88.93.C	ANGIO RM MIDOLLO SPINALE CON MDC	€ 208,40	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.94	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	€ 145,50	
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 133,20	
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 203,70	
88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE	€ 212,50	
88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE	€ 212,50	
88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC	€ 329,40	
88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC	€ 329,40	
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 138,10	
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 215,20	
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 212,50	
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 138,10	
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 215,20	
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 212,50	
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	€ 329,40	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 138,10	
88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 215,20	
88.95.A	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	€ 329,40	
88.95.B	RM ENDOCAVITARIA	€ 212,50	
88.95.C	RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC	€ 329,40	
88.95.D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	€ 138,10	
88.95.E	RM UROGRAFIA	€ 138,10	
88.95.F	RM FETALE	€ 212,50	
88.97.2	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	€ 212,50	
88.97.4	RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base	€ 212,50	
88.97.6	RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base	€ 212,50	
88.97.8	RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base	€ 329,40	
88.97.9	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 182,30	
88.97.A	COLANGIO RM	€ 138,10	
88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico	€ 207,10	
88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 182,30	
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	€ 43,35	
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	€ 79,70	
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	€ 17,55	
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	€ 31,50	
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	€ 31,50	
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	€ 31,50	
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	€ 17,90	
89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Incluso: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Incluso farmaco	€ 17,90	
89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso eventuale ECG.	€ 17,90	
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	€ 17,90	
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	€ 17,90	
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	€ 17,90	
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume	€ 17,90	
89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 17,90	
89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	€ 17,90	
89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	€ 17,90	
89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	€ 17,90	
89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.01.Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione	€ 17,90	
89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA	€ 15,00	
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	€ 46,00	
89.07.A	PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	€ 46,00	
89.12	RINOMANOMETRIA	€ 13,90	
89.12.1	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	€ 120,00	
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	€ 25,00	
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 23,20	
89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO	€ 34,85	
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 34,85	
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]	€ 44,90	
89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	€ 34,85	
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 27,80	
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)	€ 48,80	
89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore	€ 34,85	
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo o dermatomero	€ 34,85	
89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	€ 55,75	
89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disordini del movimentoEscluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	€ 46,45	
89.15.A	POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)	€ 92,95	
89.15.B	POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)	€ 52,75	
89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	€ 139,40	
89.17.3	MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETOPer studio apnee	€ 139,00	
89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 27,85	
89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 51,10	
89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 11,60	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	€ 25,00	
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza	€ 17,90	
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	€ 25,00	
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
89.26.5	VERSIONE CEFALICA ESTERNA	€ 28,60	
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 67,10	
89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	€ 92,95	
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 24,00	
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	€ 38,00	
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	€ 51,65	
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco	€ 37,15	
89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE	€ 55,75	
89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	€ 46,45	
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	€ 23,20	
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	€ 23,20	
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 23,20	
89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	€ 46,45	
89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	€ 23,20	
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	€ 69,70	
89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	€ 46,45	
89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	€ 23,20	
89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P 0.1	€ 23,20	
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 18,55	
89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA]	€ 9,20	
89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	€ 18,00	
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)	€ 51,00	
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	€ 55,75	
89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	€ 83,65	
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	€ 56,50	
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER. Incluso: ECG (89.52)	€ 23,20	
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso: ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	€ 24,95	
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	€ 61,95	
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,60	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	€ 22,00	
89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFIGEO	€ 77,00	
89.52.3	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFIGEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	€ 142,00	
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	€ 46,45	
89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 32,00	
89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)	€ 12,60	
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	€ 41,30	
89.59.2	HEAD UP TILT TEST	€ 52,00	
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,30	
89.61.2	PULSOSSIMETRIA NOTTURNA	€ 57,00	
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	€ 4,20	
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	€ 15,95	
89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	€ 15,85	
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	€ 18,55	
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	€ 9,50	
89.65.7	EMOGASANALISI ARTERIOSA PRIMA E DURANTE SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO	€ 20,00	
89.65.8	MISURA TRANSCUTANEA DELLA PO2 E DELLA PCO2 CON UTILIZZO DI MEMBRANE MONOUSO	€ 32,00	
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 7,10	
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	€ 25,00	
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	€ 25,00	
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	€ 25,00	
89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	€ 33,60	
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	€ 25,00	
89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	€ 25,00	
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	€ 25,00	
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	€ 25,40	
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	€ 25,00	
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	€ 25,00	
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	€ 25,00	
89.7B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	€ 25,00	
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	€ 25,00	
89.7B.4	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	€ 25,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
89.7B.5	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	€ 25,00	
89.7B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	€ 25,35	
89.7B.7	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	€ 25,00	
89.7B.8	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	€ 25,00	
89.7B.9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	€ 26,20	
89.7C.1	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 25,00	
89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento	€ 25,00	
89.7C.3	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	€ 25,00	
89.7C.4	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	€ 25,00	
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 11,70	
90.01.5	ACIDI BILIARI	€ 6,10	
90.01.63	3 METIL ISTIDINA	€ 8,00	
90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO	€ 14,10	
90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 3,40	
90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	€ 11,15	
90.02.5	ACIDO LATTICO	€ 6,00	
90.03.2	ACIDO PIRUVICO	€ 1,05	
90.03.6	ADRENALINA - NORADRENALINA	€ 19,55	
90.03.7	ACIDO FITANICO. DOSAGGIO	€ 17,70	
90.03.8	ACIDO GUANIDINO ACETICO. DOSAGGIO	€ 17,10	
90.03.9	ACIDO PIPECOLICO. DOSAGGIO	€ 18,85	
90.03.A	ACIDO PRISTANICO. DOSAGGIO	€ 17,70	
90.03.B	ACIDO SIALICO LIBERO. DOSAGGIO	€ 13,05	
90.03.C	ACIDO SIALICO TOTALE. DOSAGGIO	€ 13,05	
90.03.D	S-ADENOSILMETIONINA. DOSAGGIO	€ 13,05	
90.03.E	S-ADENOSILOMOCISTEINA. DOSAGGIO	€ 13,05	
90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	€ 10,80	
90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	€ 6,05	
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	€ 1,00	
90.05.1	ALBUMINA	€ 1,10	
90.05.2	ALDOLASI	€ 0,90	
90.05.3	ALDOSTERONE	€ 14,60	
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	€ 3,40	
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	€ 7,40	
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	€ 5,30	
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA	€ 7,15	
90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	€ 5,30	
90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	€ 1,25	
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	€ 3,65	
90.07.1	ALLUMINIO	€ 8,00	
90.07.2	AMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 5,85	
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO	€ 12,00	
90.07.5	AMMONIO	€ 6,00	
90.08.1	ANDROSTANEDIOLIO GLUCURONIDE	€ 12,60	
90.08.2	ANGIOTENSINA II	€ 15,25	
90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1	€ 3,25	
90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	€ 3,35	
90.09.1	APTOGLOBINA	€ 5,10	
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	€ 1,05	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA	€ 4,35	
90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	€ 0,95	
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta)	€ 1,05	
90.10.6	DOSAGGIO BIOTINIDASI. DOSAGGIO	€ 2,00	
90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5	€ 1,15	
90.11.1	C PEPTIDE	€ 2,60	
90.11.2	C PEPTIDE. DOSAGGIO BASALE E DOPO STIMOLO	€ 21,50	
90.11.4	CALCIO TOTALE	€ 1,10	
90.11.5	CALCITONINA	€ 12,35	
90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.5)	€ 1,15	
90.11.7	CALCIO IONIZZATO determinazione diretta	€ 4,20	
90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI	€ 6,35	
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 4,00	
90.12.A	CALPROTECTINA FECALE	€ 15,95	
90.13.1	CHIMOTRIPSINA	€ 5,75	
90.13.3	CLORURO	€ 1,10	
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)	€ 6,90	
90.13.A	CISTATINA C. Non associabile a Creatinina 90.16.3 e Creatinina clearance 90.16.4	€ 3,95	
90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)	€ 1,75	
90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	€ 1,75	
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,80	
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,20	
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	€ 10,85	
90.15.3	CORTISOLO	€ 10,35	
90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)	€ 1,75	
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	€ 1,10	
90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	€ 1,90	
90.16.5	CROMO	€ 6,90	
90.16.6	CROMOGRANINA A	€ 24,85	
90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA	€ 15,00	
90.16.9	CREATINA. DOSAGGIO	€ 65,20	
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 13,60	
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 13,00	
90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	€ 21,90	
90.17.6	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	€ 23,80	
90.17.8	TRI TEST: ALFAFETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE	€ 21,75	
90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	€ 10,45	
90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	€ 7,00	
90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA	€ 12,45	
90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE)	€ 17,45	
90.17.F	7-DEIDROCOLESTEROLO. DOSAGGIO	€ 102,70	
90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	€ 28,00	
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	€ 16,60	
90.18.5	ERITROPOIETINA	€ 15,60	
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	€ 7,50	
90.20.1	ETANOLO	€ 4,40	
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP)	€ 11,90	
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,45	
90.22.3	FERRITINA	€ 4,95	
90.22.5	FERRO	€ 1,15	
90.23.2	FOLATO	€ 5,15	
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH)	€ 6,20	
90.23.4	FOSFATASI ACIDA	€ 2,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,05	
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	€ 12,95	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	€ 1,00	
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	€ 1,15	
90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	€ 11,15	
90.25.7	GLOBULINA DI TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	€ 3,15	
90.25.8	GALATTOSIO-1-FOSFATO. DOSAGGIO	€ 9,70	
90.26.1	GASTRINA	€ 14,10	
90.26.3	GLUCAGONE	€ 9,70	
90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	€ 3,80	
90.27.1	GLUCOSIO	€ 1,00	
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)	€ 5,40	
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	€ 2,05	
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)	€ 10,50	
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	€ 3,55	
90.27.6	IODURIA	€ 2,35	
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 4,70	
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA	€ 10,65	
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	€ 26,95	
90.28.7	IMMUNOGLOBULINE: CATENE K E LAMBDA LIBERE	€ 19,75	
90.28.C	INIBINA B	€ 16,85	
90.29.1	INSULINA	€ 5,95	
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	€ 1,10	
90.30.2	LIPASI PANCREATICA	€ 2,60	
90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	€ 4,85	
90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 5,25	
90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione	€ 2,00	
90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	€ 10,00	
90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	€ 15,00	
90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	€ 1,05	
90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica	€ 20,15	
90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina	€ 20,15	
90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi). Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)	€ 3,70	
90.31.9	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE	€ 10,00	
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 9,05	
90.32.2	LITIO	€ 9,90	
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	€ 23,25	
90.32.5	MAGNESIO TOTALE	€ 1,65	
90.32.6	LISOZIMA/S	€ 2,35	
90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	€ 3,40	
90.33.5	MIOGLOBINA	€ 4,30	
90.33.6	METANEFRINE FRAZIONATE	€ 19,80	
90.33.A	NEUROTRASMETTITORI. DOSAGGIO Liquor	€ 5,05	
90.34.2	NICHEL	€ 6,90	
90.34.4	OLIGOELEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOELEMENTO	€ 6,90	
90.34.6	OMOCISTEINA	€ 11,30	
90.34.7	OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta	€ 1,25	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.34.8	OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.27.1), Sodio (90.40.4), Urea (90.44.1) e Potassio (90.37.4)	€ 3,85	
90.34.A	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]	€ 6,90	
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	€ 9,30	
90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale	€ 27,10	
90.35.3	OSSALATI [U]	€ 8,35	
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	€ 17,20	
90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	€ 8,80	
90.35.6	SOMATOSTATINA	€ 16,80	
90.36.3	PIOMBO	€ 6,90	
90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK)	€ 31,10	
90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	€ 11,05	
90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o NT-proBNP)	€ 16,55	
90.37.1	PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE	€ 19,40	
90.37.2	PORFOBILINOGENO	€ 6,40	
90.37.3	POST COITAL TEST	€ 2,90	
90.37.4	POTASSIO	€ 1,25	
90.37.6	PREALBUMINA	€ 2,70	
90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)	€ 26,55	
90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO	€ 3,70	
90.38.1	PROGESTERONE	€ 7,90	
90.38.2	PROLATTINA (PRL)	€ 7,10	
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	€ 5,10	
90.38.5	PROTEINE TOTALI	€ 0,90	
90.38.8	MACROPROLATTINA	€ 6,35	
90.38.G	ACIDO OMOVANILLICO	€ 13,55	
90.38.M	PEPSINOGENO A (I)	€ 12,40	
90.38.N	PEPSINOGENO C (II)	€ 8,30	
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	€ 4,95	
90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	€ 6,00	
90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	€ 9,00	
90.39.4	RAME	€ 4,90	
90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA	€ 15,00	
90.39.7	COBALTO	€ 6,90	
90.40.2	RENINA	€ 22,75	
90.40.3	SELENIO	€ 6,90	
90.40.4	SODIO	€ 0,85	
90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE	€ 6,70	
90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	€ 15,00	
90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9	€ 27,75	
90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening (90.40.8)	€ 55,15	
90.40.A	SWELLING TEST	€ 20,15	
90.40.B	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	€ 21,35	
90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica	€ 21,35	
90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	€ 21,35	
90.40.F	SULFITI. SCREENING Urine mediante Sulfitest	€ 5,50	
90.40.G	STEROLI. DOSAGGIO Plasma	€ 10,00	
90.41.3	TESTOSTERONE	€ 6,90	
90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3	€ 13,90	
90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	€ 13,35	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE DEL COLLAGENE TIPO 1	€ 18,90	
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH ≥ 0.45 mU/L e ≤ 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH < 0.45 mU/L o > 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 ≥ 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 < 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale	€ 6,80	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a 90.41.8	€ 4,75	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	€ 4,80	
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)	€ 1,70	
90.42.5	TRANSFERRINA	€ 3,20	
90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)	€ 20,90	
90.42.B	TRIPTASI	€ 19,50	
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,10	
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	€ 4,80	
90.43.4	TRIPSINA	€ 9,80	
90.43.5	URATO	€ 1,05	
90.43.7	URINE RICERCA DI SPERMATOZOI	€ 0,85	
90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO	€ 2,65	
90.44.1	UREA	€ 1,10	
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	€ 2,55	
90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)	€ 14,90	
90.44.6	VITAMINA D (25 OH)	€ 11,15	
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 13,75	
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 13,65	
90.45.4	ZINCO	€ 6,50	
90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA	€ 7,40	
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	€ 7,00	
90.46.5	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)	€ 4,10	
90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	€ 5,05	
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 11,65	
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening	€ 8,00	
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	€ 7,95	
90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	€ 10,95	
90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	€ 10,95	
90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	€ 10,95	
90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	€ 10,95	
90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola	€ 10,95	
90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	€ 10,95	
90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)	€ 10,40	
90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	€ 12,10	
90.47.F	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	€ 9,35	
90.47.G	ANTICORPI ANTI GM1 (MONOSIALOGLIANGLIOSIDE)	€ 24,40	
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	€ 9,20	
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	€ 12,60	
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 8,00	
90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	€ 9,35	
90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	€ 9,80	
90.48.9	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE	€ 12,60	
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	€ 11,65	
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Identificazione)	€ 9,35	
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	€ 8,35	
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG	€ 8,90	
90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	€ 7,95	
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	€ 9,50	
90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE	€ 15,00	
90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI	€ 26,20	
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)	€ 26,20	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	€ 9,50	
90.50.A	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgG	€ 112,00	
90.50.B	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI T	€ 31,70	
90.50.C	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI B	€ 31,70	
90.50.D	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgM	€ 112,00	
90.50.E	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-MICA	€ 64,40	
90.50.F	SCREENING IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTICORPI ANTI-MICA	€ 127,40	
90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R	€ 260,70	
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	€ 8,20	
90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI	€ 9,50	
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	€ 8,15	
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	€ 8,50	
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,20	
90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPEROSSIDASI (MPO)	€ 11,35	
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 8,30	
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCI (ASMA)	€ 8,20	
90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	€ 20,15	
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 8,50	
90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	€ 27,65	
90.52.6	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS	€ 20,85	
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	€ 29,10	
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE (Identificazione)	€ 70,95	
90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	€ 23,40	
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH	€ 25,10	
90.53.6	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)	€ 51,20	
90.53.7	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)	€ 51,20	
90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3)	€ 11,35	
90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA	€ 27,55	
90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. Per classe anticorpale	€ 6,15	
90.53.B	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ricerca ed eventuale titolazione)	€ 10,25	
90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA)	€ 29,75	
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione	€ 9,70	
90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	€ 19,70	
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	€ 7,80	
90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI	€ 7,00	
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 13,00	
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	€ 6,80	
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 6,90	
90.56.3	ANTIGENE CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	€ 6,20	
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off \leq 2,5 ng/ml - \geq 10,0 ng/ml). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA > 2,5 ng/ml e < 10,0 ng/ml	€ 3,95	
90.56.A	PROTEINA 4 dell'epididimo umano (HE4). DOSAGGIO	€ 20,60	
90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	€ 51,20	
90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)	€ 3,05	
90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]	€ 16,15	
90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	€ 47,30	
90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO	€ 10,35	
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo	€ 5,75	
90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)	€ 3,20	
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,55	
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)	€ 12,80	
90.61.3	CYFRA 21-1	€ 18,60	
90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	€ 4,40	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	€ 3,15	
90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	€ 12,00	
90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	€ 15,00	
90.63.1	DOSAGGIO ATTIVITA' ANTICOAGULANTE DEI FARMACI INIBITORI FATTORE X ATTIVATO (Eparina, Rivaroxaban, etc.)	€ 7,20	
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH. Per ciascuno antigene	€ 12,80	
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 21,00	
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	€ 19,00	
90.63.6	FATTORE vWF ANTIGENE (EIA)	€ 3,55	
90.63.7	FATTORE vWF CBA (EIA)	€ 3,54	
90.63.8	DOSAGGIO DELL'ATTIVITA' ANTICOAGULANTE FATTORE ANTI II A (Dabigatran, etc)	€ 3,40	
90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND	€ 3,55	
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 3,85	
90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII). Per ciascun fattore	€ 3,55	
90.64.4	FENOTIPO Rh	€ 12,80	
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	€ 1,75	
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	€ 9,45	
90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO	€ 12,00	
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	€ 7,75	
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicità nota)	€ 88,00	
90.67.5	IgA SECRETORIE	€ 6,75	
90.67.A	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgG	€ 225,80	
90.67.B	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgG	€ 227,25	
90.67.C	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgM	€ 239,80	
90.67.D	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgM	€ 241,25	
90.67.E	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE I	€ 331,35	
90.67.F	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE II	€ 311,75	
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene	€ 8,95	
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO. Per profilo di allergeni	€ 11,35	
90.68.3	IgE TOTALI	€ 6,60	
90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	€ 5,60	
90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per singolo allergene	€ 4,30	
90.68.6	PROTEINA CATIONICA EOSINOFILA (ECP)	€ 9,85	
90.68.7	Ig E SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI. Fino a 8 allergeni per pannello	€ 36,05	
90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI. Fino a 8 allergeni per pannello	€ 36,05	
90.68.9	TEST DI INIBIZIONE DELLE IgE SPECIFICHE CON ALLERGENE SPECIFICO. Pannelli di 4 allergeni a varie diluizioni	€ 19,00	
90.68.A	IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari	€ 8,50	
90.68.B	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni	€ 54,05	
90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni	€ 54,05	
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 27,40	
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)	€ 3,35	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)	€ 5,90	
90.71.5	PLASMINOGENO	€ 5,30	
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 5,25	
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 5,25	
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 3,25	
90.72.4	PROTEINA S LIBERA	€ 5,25	
90.72.5	PROTEINA S TOTALE	€ 11,15	
90.72.6	PROTEINA S 100	€ 6,45	
90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	€ 8,35	
90.73.5	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgG	€ 51,20	
90.73.A	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI B IgG	€ 51,20	
90.73.B	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgM	€ 51,20	
90.74.1	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI T	€ 48,45	
90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	€ 5,00	
90.74.8	TEMPO DI BOTROXINA (Reptilase)	€ 10,00	
90.74.A	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI B	€ 48,45	
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,30	
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 2,95	
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	€ 2,50	
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore	€ 4,75	
90.76.7	TEST DI FUNZIONALTA' PIASTRINICA (PFA)	€ 14,00	
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 3,65	
90.77.6	TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT	€ 16,00	
90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione	€ 98,80	
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione	€ 98,80	
90.78.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Alta risoluzione	€ 198,65	
90.78.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Alta risoluzione	€ 198,65	
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione	€ 98,80	
90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPA1. Alta risoluzione	€ 97,30	
90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPB1. Alta risoluzione	€ 117,80	
90.79.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Alta risoluzione	€ 198,65	
90.79.B	TIPIZZAZIONE GENI KIR. In trapianto mismatch	€ 86,45	
90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQA1. Alta risoluzione	€ 105,30	
90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione	€ 98,80	
90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQB1. Alta risoluzione	€ 105,30	
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione	€ 98,80	
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I	€ 89,50	
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II	€ 89,50	
90.81.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB1. Alta risoluzione	€ 147,35	
90.81.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB3. Alta risoluzione	€ 68,75	
90.81.C	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB4. Alta risoluzione	€ 49,15	
90.81.D	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB5. Alta risoluzione	€ 56,15	
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)	€ 2,85	
90.82.3	TROPONINA I, T	€ 8,15	
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,80	
90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS	€ 96,15	
90.84.8	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS	€ 29,30	
90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 59,90	
90.87.7	AEROMONAS NELLE FECI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 14,95	
90.87.8	AMEBE A VITA LIBERA ESAME COLTURALE. Incluso: esame microscopico previa colorazione specifica	€ 25,00	
90.87.F	BORDETELLA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 14,25	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.87.G	BORRELIA ANALISI QUALITATIVA DNA o RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 33,55	
90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 92,10	
90.87.R	BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM	€ 17,10	
90.87.S	BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 13,05	
90.87.T	BORRELIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale Immunoblotting	€ 13,60	
90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	€ 9,85	
90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma	€ 19,45	
90.88.G	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 16,60	
90.88.H	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 14,70	
90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 17,65	
90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA	€ 9,15	
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 32,00	
90.90.6	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 43,70	
90.90.7	CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 24,65	
90.90.A	CRIPTOCOCCO RICERCA DIRETTA	€ 26,55	
90.90.B	CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcool acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 9,00	
90.90.E	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	€ 14,50	
90.90.G	COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM	€ 12,00	
90.91.4	ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 25,75	
90.92.6	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI	€ 49,30	
90.92.7	ENTAMOEBA HISTOLYTICA/DISPAS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 37,00	
90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	€ 8,55	
90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANALE. Scotch test o tampone perianale	€ 9,85	
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	€ 21,95	
90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma	€ 21,20	
90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis e altri batteri e lieviti patogeni. incluso: esame microscopico di idoneità del campione. incluso: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 17,25	
90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 18,60	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.93.8	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 13,05	
90.93.9	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	€ 13,05	
90.93.A	ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
90.93.B	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	€ 14,90	
90.93.C	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	€ 101,00	
90.93.D	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	€ 70,50	
90.93.E	ESAME COLTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO E/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO [TEST DI STAMEY] Ricerca batteri patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso: identificazione ed eventuale antibiogramma	€ 53,60	
90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 33,55	
90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 19,25	
90.93.L	ESAME COLTURALE ESSUDATI [pleurico, peritoneale, articolare, pericardico]. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, Incluso: identificazione e antibiogramma	€ 33,65	
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma	€ 25,95	
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 16,40	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Escluso: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a: 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale	€ 18,35	
90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 26,20	
90.94.6	FRANCISELLA TULARENSIS [TULAREMIA] ANTICORPI	€ 13,00	
90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 8,70	
90.94.C	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA	€ 4,60	
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	€ 8,65	
90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso. identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
90.95.5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)	€ 18,80	
90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	€ 25,00	
90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI	€ 16,90	
90.96.2	LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica	€ 3,50	
90.96.6	LEPTOSPIRE ANTICORPI	€ 33,45	
90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	€ 10,10	
90.96.8	LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
90.96.9	LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 41,20	
90.97.6	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	€ 22,30	
90.98.4	MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame colturale. Se positivo, incluso identificazione	€ 15,70	
90.98.9	MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione.	€ 57,90	
90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	€ 55,70	
90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 78,90	
90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA. Almeno 4 antibiotici	€ 54,10	
91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti). Incluso: ESAME COLTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex	€ 98,30	
91.01.A	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	€ 21,95	
91.02.6	MICROFILARIE [W. BANCROFTI] ANTIGENI RICERCA DIRETTA	€ 23,70	
91.02.7	MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento	€ 4,25	
91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI	€ 23,00	
91.02.9	MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)	€ 18,00	
91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione	€ 11,65	
91.02.D	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 13,40	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 8,80	
91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS	€ 8,65	
91.04.6	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)	€ 13,25	
91.04.8	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting	€ 27,20	
91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa)	€ 5,60	
91.05.A	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 46,80	
91.05.B	ANISAKIS ANTICORPI	€ 16,40	
91.05.C	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)	€ 10,10	
91.05.D	PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 97,95	
91.06.6	RICKETTSIE CONORII ANTICORPI IgG e IgM	€ 14,50	
91.06.A	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	€ 7,20	
91.06.B	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 63,05	
91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi	€ 17,45	
91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma.	€ 10,10	
91.07.7	SHIGELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma.	€ 10,10	
91.07.8	SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico	€ 8,70	
91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI	€ 7,15	
91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME COLTURALE. Incluso: Identificazione	€ 4,50	
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 4,90	
91.08.6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	€ 26,20	
91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colturale o Baermann)	€ 9,85	
91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	€ 11,00	
91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI	€ 10,40	
91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI	€ 9,70	
91.08.C	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI	€ 12,50	
91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI	€ 17,00	
91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 43,85	
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	€ 8,50	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.10.7	TRICHINELLA ANTICORPI	€ 16,00	
91.10.8	TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI	€ 17,00	
91.10.9	TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento	€ 10,10	
91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	€ 23,50	
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale Immunoblotting	€ 6,65	
91.11.3	VIBRIO NELLE FECCI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	€ 84,40	
91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 47,85	
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione	€ 28,00	
91.12.8	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECCI	€ 5,00	
91.12.9	VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 142,20	
91.12.A	VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	€ 96,15	
91.12.B	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione, amplificazione e rivelazione	€ 51,00	
91.13.1	VIRUS ANTICORPI NAS	€ 8,30	
91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma)	€ 32,05	
91.13.6	VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene	€ 9,55	
91.13.7	VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECCI	€ 5,00	
91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 28,00	
91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 49,35	
91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 44,30	
91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)	€ 7,20	
91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 8,40	
91.16.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 112,45	
91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 41,85	
91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento	€ 86,20	
91.16.D	VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM	€ 98,00	
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 46,45	
91.17.6	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta	€ 5,70	
91.17.8	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	€ 7,15	
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 5,40	
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 4,75	
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 5,35	
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 4,10	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HbcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HbcAg IgM se HBsAg e anti HbcAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	€ 26,20	
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	€ 41,65	
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 49,75	
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 6,95	
91.19.6	VIRUS EPATITE C ANTIGENE	€ 12,25	
91.19.7	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 339,10	
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso:, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento	€ 80,70	
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	€ 12,35	
91.20.6	VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI	€ 12,25	
91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.	€ 22,00	
91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio	€ 13,10	
91.21.9	VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo	€ 84,55	
91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG	€ 6,00	
91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 46,10	
91.22.2	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 55,50	
91.22.3	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 72,00	
91.23.7	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 225,00	
91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione	€ 23,00	
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 12,05	
91.24.8	VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00	
91.24.9	VIRUS PAPPILLOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 63,20	
91.24.C	VIRUS PAPPILLOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 98,20	
91.24.F	VIRUS MORBILLO ANTICORPI IgG e IgM	€ 14,95	
91.24.G	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM	€ 15,60	
91.25.8	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM	€ 17,10	
91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI	€ 9,50	
91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	€ 16,35	
91.26.9	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00	
91.26.C	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM	€ 8,50	
91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	€ 11,45	
91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	€ 6,70	
91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	€ 12,85	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO	€ 147,00	
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	€ 17,90	
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	€ 17,00	
91.38.L	CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)	€ 160,00	
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi	€ 30,20	
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi	€ 21,15	
91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari Istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 35,00	
91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 40,00	
91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 38,00	
91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 36,00	
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 38,00	
91.39.L	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 55,65	
91.39.N	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 70,00	
91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. Per campione	€ 42,30	
91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 55,45	
91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 59,10	
91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA. Incluso: valutazione immunoistochimica per CD3	€ 51,50	
91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni	€ 65,85	
91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 55,45	
91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 77,95	
91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi.	€ 55,45	
91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.41.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITE CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 61,25	
91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 55,45	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 62,70	
91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 61,25	
91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 66,50	
91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.43.K	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Inclusa Immunofluorescenza. Per campione e almeno 7 marcatori	€ 59,50	
91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 12 campioni	€ 76,90	
91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni	€ 65,85	
91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per almeno 8 campioni	€ 73,96	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 55,45	
91.46.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 122,50	
91.47.8	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori	€ 139,65	
91.47.C	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni	€ 190,30	
91.47.L	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
91.47.M	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
91.47.N	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
91.47.P	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
91.48.2	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione	€ 42,30	
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	€ 151,30	
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	€ 3,80	
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 6,95	
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	€ 4,45	
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 3,80	
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	€ 2,55	
91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 55,45	
91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 55,45	
91.5R.1	SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO Incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari	€ 40,00	
91.5R.2	ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO	€ 159,20	
91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI	€ 174,20	
91.5R.4	ACIDO OROTICO URINARIO. DOSAGGIO	€ 28,00	
91.5R.5	BETA-IDROSSIBUTIRATO	€ 5,00	
91.5R.6	ACIDO ACETOACETICO	€ 10,00	
91.5R.7	NEFA (acidi grassi non esterificati)	€ 2,15	
91.5R.8	CARNITINA LIBERA	€ 8,00	
91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA	€ 8,00	
91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS	€ 52,85	
91.5R.B	SUCCINILACETONE URINARIO	€ 102,70	
91.5R.C	N-ACETILASPARTATO	€ 10,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.5R.D	PTERINE PLASMATICHE E URINARIE	€ 40,00	
91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI	€ 40,00	
91.5R.F	CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI	€ 40,00	
91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)	€ 102,70	
91.5R.H	ISOLETTROFOCUSING DELLA TRANSFERRINA SIERICA	€ 40,00	
91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA	€ 111,85	
91.5R.K	ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.L	ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.M	ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.N	ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.P	ENZIMI METABOLISMO PIRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.Q	ENZIMI LISOSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 128,00	
91.5R.R	ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.S	ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.T	ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.U	ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
91.5R.W	RAME TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 4,00	
91.5R.X	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING	€ 10,00	
91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO	€ 43,00	
91.5R.Z	N-ACETILGLUCOSAMINIDASI	€ 6,50	
91.60.1	STATO MUTAZIONALE EGFR	€ 151,00	
91.60.2	RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1	€ 196,75	
91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS, N-RAS	€ 256,00	
91.60.4	STATO MUTAZIONALE H-RAS	€ 151,30	
91.60.5	STATO MUTAZIONALE K-RAS	€ 151,60	
91.60.6	STATO MUTAZIONALE B-RAF	€ 151,30	
91.60.7	INSTABILITA' MICROSATELLITARE	€ 151,60	
91.60.8	STATO MUTAZIONALE C-Kit	€ 151,30	
91.60.9	STATO MUTAZIONALE PDGFRA	€ 151,60	
91.60.A	STATO HER2-neu	€ 151,30	
91.60.B	METILAZIONE PROMOTORE MGMT	€ 151,60	
91.60.C	MUTAZIONI IDH1-2	€ 151,30	
91.60.D	CODELEZIONE 1p/19q	€ 151,60	
91.60.E	STATO MUTAZIONALE RET	€ 151,30	
91.60.F	AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC	€ 151,60	
91.60.G	RIARRANGIAMENTO EWSR1	€ 151,30	
91.60.H	RIARRANGIAMENTO gene DDIT3	€ 151,60	
91.60.J	RIARRANGIAMENTO gene FOXO1	€ 151,30	
91.60.K	AMPLIFICAZIONE MDM2	€ 151,60	
91.60.L	TRASLOCAZIONE (X;18)	€ 151,30	
91.60.M	TRASLOCAZIONE (7;16)	€ 151,60	
91.60.N	TRASLOCAZIONE der (17) t (X;17)	€ 151,30	
91.60.P	TRASLOCAZIONE t (12;15)	€ 151,60	
91.60.Q	TRASLOCAZIONE (11;14)	€ 151,30	
91.60.R	TRASLOCAZIONE (9;14)	€ 151,60	
91.60.S	TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3;14)	€ 151,30	
91.60.T	TRASLOCAZIONE t (2;12)	€ 151,60	
91.60.U	TRASLOCAZIONE t (14;18)	€ 151,30	
91.60.V	TRASLOCAZIONE (2;17)	€ 151,60	
91.60.W	TRASLOCAZIONE (8;14) , (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	€ 151,30	
91.60.X	TRASLOCAZIONE (2;5), (1;2)	€ 151,60	
91.60.Z	RIARRANGIAMENTO GENI DELLE IMMUNOGLOBULINE	€ 256,00	
91.61.1	RIARRANGIAMENTO DEL RECETTORE DELLE CELLULE T (TCR)	€ 151,00	
91.61.2	FISH Bcl6	€ 151,30	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
91.6R.1	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	€ 4,60	
91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI	€ 6,00	
91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni	€ 11,60	
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Inclusa visita allergologica di controllo	€ 32,95	
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci	€ 23,20	
91.90.7	TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute	€ 77,50	
91.90.8	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI. Fino a 7 allergeni	€ 13,00	
91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO [Open test]. Per singolo allergene.	€ 12,00	
91.90.A	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	€ 69,00	
91.90.B	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni	€ 52,05	
91.90.C	TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene	€ 12,00	
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	€ 47,55	
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 34,95	
92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	€ 46,10	
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 125,95	
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLECISTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO	€ 110,95	
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	€ 60,85	
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	€ 122,40	
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere	€ 81,00	
92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)	€ 41,25	
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	€ 68,60	
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6	€ 52,15	
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	€ 101,00	
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	€ 111,20	
92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA	€ 98,00	
92.04.7	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	€ 69,85	
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)	€ 223,40	
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 116,90	
92.05.7	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON FDG	€ 1.539,85	
92.05.A	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	€ 223,40	
92.05.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	€ 1.539,85	
92.05.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	€ 1.539,85	
92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2	€ 195,95	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 242,95	
92.09.1	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 1.071,60	
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO	€ 146,90	
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 171,00	
92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	€ 627,50	
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione	€ 257,75	
92.11.6	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	€ 939,95	
92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	€ 1.035,05	
92.11.A	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	€ 1.267,90	
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	€ 206,35	
92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 280,80	
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 75,00	
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 210,00	
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 181,30	
92.15.6	VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA	€ 133,00	
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLE SEGMENTARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica.	€ 119,05	
92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	€ 384,00	
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 310,00	
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 124,15	
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2	€ 85,35	
92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 246,00	
92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 246,00	
92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 400,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 480,00	
92.18.C	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	€ 1.071,70	
92.18.D	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 1.116,00	
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	€ 293,25	
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	€ 323,80	
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]	€ 90,85	
92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1	€ 244,80	
92.19.A	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	€ 67,00	
92.19.B	TOMOGRRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	€ 1.530,00	
92.21.1	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	€ 8,80	
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	€ 27,00	
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 42,00	
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 65,00	
92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy.	€ 1.480,40	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 95,00	Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 210,00	Per un numero di sedute superiore a 10 la remunerazione è 157,5 fino a un massimo di 35; oltre 35 la seduta non viene remunerata
92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	€ 600,00	Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 450 fino a un massimo di 10; oltre 10 la seduta non viene remunerata
92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	€ 1.480,40	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 740,2 fino a un massimo di 3; oltre 3 la seduta non viene remunerata
92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	€ 1.408,00	Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 703,75 fino a un massimo di 5 ; oltre 5 la seduta non viene remunerata
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 45,35	Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Includere le fasi propedeutiche alla prestazione	€ 1.229,10	
92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	€ 1.811,00	
92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	€ 905,50	
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	€ 350,00	
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 175,00	
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 59,90	
92.28.1	TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131	€ 238,75	
92.28.3	TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOISNOVIORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE	€ 225,00	
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	€ 659,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	€ 988,20	
92.28.7	TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE	€ 175,00	
92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	€ 520,00	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 260 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	€ 68,00	
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	€ 123,00	
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	€ 161,00	
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	€ 30,00	
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	€ 142,40	
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	€ 14,00	
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	€ 118,75	
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento	€ 102,70	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.3	€ 476,00	
92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta	€ 31,00	
92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	€ 82,00	
92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	€ 82,00	
92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	€ 240,00	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 180 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	€ 76,65	
92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	€ 99,00	
92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	€ 200,00	
92.29.U	ADROTERAPIA - Ciclo intero.	€ 21.000,00	
92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).	€ 8.000,00	Per un numero di sedute superiore a 6 la remunerazione è 0
92.29.W	ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).	€ 10.000,00	Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 0
92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute	€ 550,00	Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 0
92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	€ 450,00	Per un numero di sedute superiore a 15 la remunerazione è 225 fino a un massimo di 30; oltre 30 la seduta non viene remunerata
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF [Valutazione di 3 o più delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento]. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	€ 20,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95	
93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	€ 14,35	
93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	€ 14,35	
93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 14,35	
93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
93.01.C	VALUTAZIONI di MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95	

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

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Includere tutte le fibre indagabili.	€ 78,00	
93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	€ 85,60	
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	€ 51,65	
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti	€ 10,45	
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti	€ 10,45	
93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)	€ 14,35	
93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)	€ 8,00	
93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese	€ 8,00	
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	€ 12,35	
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute	€ 29,55	
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	€ 6,15	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50	
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	€ 4,20	
93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50	
93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle "funzioni genito-urinarie", incontinenza urinaria, secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,35	
93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	€ 10,00	
93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50	
93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. Ciclo fino a 10 sedute	€ 4,05	
93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	€ 6,25	
93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute	€ 9,80	
93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. Ciclo fino a 10 sedute	€ 5,60	
93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. Ciclo di 10 sedute.	€ 45,00	
93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo fino a 10 sedute	€ 22,55	
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	€ 14,70	
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	€ 8,85	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Ciclo fino a 10 sedute	€ 11,40	
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 3,85	
93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINAIncluso farmaco	€ 51,00	
93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione	€ 21,40	
93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA	€ 21,40	
93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	€ 7,20	
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	€ 7,00	
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo	€ 12,00	
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso	€ 4,60	
93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	€ 11,40	
93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	€ 30,95	
93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA	€ 30,95	
93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	€ 30,95	
93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	€ 8,10	
93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	€ 15,20	
93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalico	€ 25,20	
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	€ 19,15	
93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale	€ 12,70	
93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale	€ 22,70	
93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede	€ 6,05	
93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale	€ 15,60	
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	€ 3,85	
93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico	€ 25,20	
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO	€ 21,30	
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	€ 6,85	
93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA	€ 13,95	
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute	€ 12,35	
93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 12,35	
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 4,40	
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	€ 1,75	
93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale	€ 7,70	
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	€ 8,70	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 8,40	
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	€ 2,15	
93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI	€ 34,00	
93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco	€ 1,65	
93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta	€ 82,60	
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	€ 7,75	
93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta individuale	€ 6,35	
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	€ 8,70	
93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	€ 23,20	
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	€ 9,70	
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio	€ 15,45	
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	€ 5,80	
94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	€ 5,80	
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,95	
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 5,80	
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	€ 7,75	
94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	€ 27,10	
94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	€ 5,80	
94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	€ 5,80	
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 25,00	
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 17,90	
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	€ 25,00	
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)	€ 19,30	
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	€ 23,20	
94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta	€ 26,00	
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	€ 9,70	
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	€ 25,80	
95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	€ 35,60	
95.03.2	PUPILLOMETRIA	€ 2,55	
95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	€ 35,60	
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	€ 18,00	
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	€ 7,75	
95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	€ 7,75	
95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	€ 7,75	
95.09.2	ESOFTALMOMETRIA	€ 7,90	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	€ 7,75	
95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a Tomografia retinica (OCT) 95.03.3	€ 49,40	
95.09.5	ABERROMETRIA OCULARE	€ 7,75	
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	€ 7,70	
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	€ 3,85	
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA	€ 46,45	
95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	€ 116,45	
95.13	ECOGRAFIA OCULARE	€ 35,60	
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	€ 35,60	
95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE CON CONTA CELLULE ENDOTELIALI	€ 30,95	
95.13.3	ECOBIMETRIA, ESAME BIOMETRICO INTERFEROMETRICO	€ 19,35	
95.2	TEST DI HESS - LANCASTER	€ 7,75	
95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	€ 33,55	
95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	€ 33,55	
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	€ 24,00	
95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	€ 22,05	
95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	€ 30,95	
95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	€ 7,75	
95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	€ 5,60	
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,75	
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,75	
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	€ 11,90	
95.42	IMPEDEZOMETRIA	€ 8,65	
95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	€ 22,00	
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE 'Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	€ 16,25	
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	€ 32,50	
95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI	€ 16,25	
95.48.1	VERIFICA BENEFICIO PROTESICO. Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica. Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	€ 11,90	
95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	€ 9,75	
95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	€ 12,25	
95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	€ 23,70	
95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	€ 19,50	
96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	€ 9,70	
96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	€ 9,70	
96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	€ 11,60	
96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	€ 11,60	
96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA	€ 12,00	
96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI. Incluso farmaco	€ 9,70	
96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO	€ 3,90	
96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla visita ORL (89.7B.8)	€ 7,75	
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	€ 10,90	
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	€ 4,65	
96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA	€ 37,00	
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione	€ 15,45	
96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	€ 4,05	
96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita	€ 10,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita	€ 19,00	
96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita	€ 32,00	
96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita	€ 58,00	
96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita	€ 61,00	
96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitari, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascolarizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita)	€ 124,00	
96.59.7	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolorifico sistemico e/o locale, detersione, sbrigliamento, uso di garze avanzate. Per seduta di almeno 1 ora	€ 124,00	
96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	€ 18,05	
97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI	€ 10,20	
97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Escluso il costo della cannula	€ 50,40	
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	€ 10,75	
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	€ 15,00	
97.61	RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA	€ 279,00	
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	€ 9,65	
97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA	€ 9,70	
98.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE	€ 59,00	
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE	€ 8,40	
98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	€ 15,10	
98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	€ 10,30	
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	€ 8,40	
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	€ 762,25	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	€ 468,95	
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	€ 279,30	
98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 33,00	
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi	€ 60,00	
99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 11,60	
99.06.A	INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 8,00	
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	€ 25,80	
99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Escluso: Emocomponente	€ 24,60	
99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Escluso: Emocomponente	€ 42,50	
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	€ 11,60	
99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	€ 11,60	
99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco	€ 10,00	
99.12.4	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta	€ 11,60	
99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	€ 11,60	
99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	€ 7,15	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	€ 9,70	
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco	€ 11,60	
99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco	€ 10,00	
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione	€ 7,75	
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 10,95	
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie e in corso di endoscopie	€ 19,00	
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]	€ 443,05	
99.71.1	AFERESI SELETTIVA SU PLASMA	€ 743,00	
99.71.A	AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO [granulocito-monocito aferesi terapeutica]	€ 402,80	
99.71.B	AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE	€ 2.113,40	
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	€ 402,80	
99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]	€ 373,40	
99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	€ 408,00	
99.76	SALASSO TERAPEUTICO	€ 25,70	
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	€ 9,10	
99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	€ 11,65	
99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72	€ 900,60	
99.91	AGOPUNTURA PER ANALGESIA	€ 9,70	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
99.92	ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Moxa revulsivante	€ 9,10	
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	€ 15,45	
99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	€ 14,05	
99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	€ 15,45	
99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	€ 72,05	
G1.01	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 450,00	
G1.01.D	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)	€ 180,00	
G1.01.M	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione	€ 227,00	
G1.01.T	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette	€ 100,00	
G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 800,00	
G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.150,00	
G1.12	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 12 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.150,00	
G1.13	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 13 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.150,00	
G1.14	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 14 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.150,00	
G1.15	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 15 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.150,00	
G1.16	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 16 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.150,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
G1.38	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 38 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.39	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 39 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.40	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 40 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.41	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 41 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.42	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 42 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.43	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 43 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.44	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 44 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.45	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 45 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.46	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 46 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 1.350,00	
G1.91	Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo	€ 60,00	
G1.92	Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)	€ 160,00	
G1.93	Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi	€ 180,00	
G1.94	Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)	€ 120,00	
G2.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo	€ 210,00	
G2.02	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo	€ 330,00	
G2.03	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali	€ 220,00	
G2.04	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura villi coriali, coltura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.	€ 330,00	
G2.05	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismo	€ 210,00	
G2.06	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: Coltura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismo	€ 210,00	
G2.07	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo	€ 250,00	
G2.08	Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclei interfasci/MLPA e coltura del materiale biologico da analizzare	€ 300,00	
G2.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e coltura del materiale biologico da analizzare	€ 850,00	

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
G2.10	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE.Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo	€ 250,00	
G3.01	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6	€ 65,00	
G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19	€ 65,00	
G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGNETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1	€ 65,00	
G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico	€ 25,00	

**PRESTAZIONI di ASSISTENZA PROTESICA
(ALLEGATO 5 - Elenco 1 DPCM LEA 12.01.2017)**

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
04.06.06.003	guaina per arto superiore 2° classe di compressione (23 - 32 mmHg)	€ 310,00
04.06.06.006	guaina per arto superiore 3° classe di compressione (34 - 46 mmHg)	€ 345,00
04.06.06.009	guaina per arto superiore 4° classe di compressione (> 49 mmHg)	€ 405,00
04.06.06.012	guaina per arto inferiore 2° classe di compressione (23 - 32 mmHg)	€ 380,00
04.06.06.015	guaina per arto inferiore 3° classe di compressione (34 - 46 mmHg)	€ 410,00
04.06.06.018	guaina per arto inferiore 4° classe di compressione (> 49 mmHg)	€ 455,00
06.03.09.003	busto in stoffa armata su misura, con allacciatura centrale: con due molle rigide posteriori ai lati della colonna vertebrale, con due molle laterali rigide con puntali in plastica e rinforzi esterni in pelle o in stoffa, con due molle flessibili anteriori, con parte anteriore o laterale elastica e allacciatura centrale anteriore ed appositi cinturini e/o lacci di regolazione. in stoffa doppia normale, per uomo	€ 260,00
06.03.09.006	busto in stoffa armata su misura, con allacciatura centrale: con due molle rigide posteriori ai lati della colonna vertebrale, con due molle laterali rigide con puntali in plastica e rinforzi esterni in pelle o in stoffa, con due molle flessibili anteriori, con parte anteriore o laterale elastica e allacciatura centrale anteriore ed appositi cinturini e/o lacci di regolazione. in stoffa doppia normale, per donna	€ 270,00
06.03.09.009	busto in stoffa armata su misura, con allacciatura centrale: con due molle rigide posteriori ai lati della colonna vertebrale, con due molle laterali rigide con puntali in plastica e rinforzi esterni in pelle o in stoffa, con due molle flessibili anteriori, con parte anteriore o laterale elastica e allacciatura centrale anteriore ed appositi cinturini e/o lacci di regolazione. in stoffa doppia, con panciera contentiva, per uomo	€ 310,00
06.03.09.012	busto in stoffa armata su misura, con allacciatura centrale: con due molle rigide posteriori ai lati della colonna vertebrale, con due molle laterali rigide con puntali in plastica e rinforzi esterni in pelle o in stoffa, con due molle flessibili anteriori, con parte anteriore o laterale elastica e allacciatura centrale anteriore ed appositi cinturini e/o lacci di regolazione. in stoffa doppia, con panciera contentiva,, per donna	€ 340,00
06.03.09.015	busto in stoffa armata su misura, con due allacciature laterali: in stoffa doppia normale, per uomo	€ 275,00
06.03.09.018	busto in stoffa armata su misura, con due allacciature laterali: in stoffa doppia normale, per donna	€ 290,00
06.03.09.021	busto in stoffa armata su misura, con due allacciature laterali: in stoffa doppia, con panciera contentiva, per uomo	€ 320,00
06.03.09.024	busto in stoffa armata su misura, con due allacciature laterali: in stoffa doppia, con panciera contentiva, per donna	€ 350,00
06.03.91.103	ascellari con appoggio metallico sulla cresta iliaca, registrabili	€ 159,60

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.91.106	cuscinetto modellato di sostegno, renale	€ 45,00
06.03.91.109	fascia epigastrica	€ 37,60
06.03.91.112	fascia ai trocanteri	€ 41,60
06.03.91.115	molla supplementare	€ 6,90
06.03.91.118	pattina sotto pube	€ 9,10
06.03.91.121	spallacci semplici	€ 34,30
06.03.91.124	spallacci modellati	€ 41,50
06.03.91.127	taglia oltre cm 110 di circonferenza	€ 35,70
06.03.91.130	tessuto alto fino alle ascelle	€ 29,70
06.03.91.133	trazione elastica di raccordo fra corsetto o busto e ginocchiera e protesi	€ 33,80
06.03.91.136	imbottitura compensativa, per scoliosi	€ 22,20
06.03.09.027	busto rigido a tre punti per iperestensione dorsolombare (con lavorazione su misura) caratteristiche: telaio regolabile con struttura in titanio e alluminio - appoggi sternale, pelvico e lombare imbottiti con gommapiuma e ricoperti in vinilpelle o materiale analogo - placca sternale con snodo regolabile - banda pelvica di scarico al bacino fissa - placca dorsale mobile con possibilità di spostamento in direzione dorsolombare - fascia di chiusura regolabile in cotone. Eventuali aggiuntivi, ove necessari, sono di seguito descritti. Indicazioni - trattamento di fratture traumatiche o patologiche delle vertebre dorsali basse e lombari - trattamento di patologie infiammatorie vertebrali specifiche o aspecifiche - efficace nella stabilizzazione del rachide in presenza di sindromatologie traumatiche o patologiche conseguenti a osteoporosi, osteolisi e osteomalacia - crolli vertebrali. NOTA: indicato per gli assistiti le cui esigenze correttive non sono efficacemente risolvibili con la prescrizione e l'applicazione del dispositivo di serie (cod. 06.03.09.113 - elenco 2 A).	€ 310,00
06.03.91.203	cuscinetto di compressione	€ 21,50
06.03.91.206	fibbia attacco	€ 8,20
06.03.91.209	piastra di compressione o contenzione con relativo attacco	€ 23,20
06.03.91.212	rivestimento morbido interno per presa di bacino in plastica	€ 28,00
06.03.91.215	asta di trazione di collegamento alla mentoniera	€ 41,50
06.03.91.218	collare	€ 74,60
06.03.91.221	gorgiera con asta regolabile in altezza e circonferenza	€ 140,00
06.03.91.224	cuscinetto di compensazione estetica per scoliosi	€ 71,80
06.03.91.227	pelotta per la estensione della spinta dorso lombare	€ 79,40
06.03.91.230	articolazioni registrabili a livello ascellare e trocanterico	€ 61,00
06.03.09.030	corsetto rigido contenitivo-compensativo con armatura metallica o polimerica ortesi realizzata in materiali diversi (acciaio al carbonio, lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, con rivestimento in pelle o materiale sintetico, materiale termoplastico) che conferiscono la rigidità necessaria a compensare, correggere, contenere le insufficienze del rachide dorso-lombare o indicata per condizioni funzionali che suggeriscono il contemporaneo uso di tutori a cui l'ausilio può essere reso solidale. con presa sulle creste iliache o di bacino senza ascellari (lombostato): con struttura univalva in materiale termoplastico	€ 773,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.09.033	corsetto rigido contenitivo-compensativo con armatura metallica o polimerica ortesi realizzata in materiali diversi (acciaio al carbonio, lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, con rivestimento in pelle o materiale sintetico, materiale termoplastico) che conferiscono la rigidità necessaria a compensare, correggere, contenere le insufficienze del rachide dorso-lombare o indicata per condizioni funzionali che suggeriscono il contemporaneo uso di tutori a cui l'ausilio può essere reso solidale. con presa sulle creste iliache o di bacino senza ascellari (lombostato): con struttura bivalva in materiale termoplastico	€ 773,00
06.03.09.036	corsetto rigido contenitivo-compensativo con armatura metallica o polimerica ortesi realizzata in materiali diversi (acciaio al carbonio, lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, con rivestimento in pelle o materiale sintetico, materiale termoplastico) che conferiscono la rigidità necessaria a compensare, correggere, contenere le insufficienze del rachide dorso-lombare o indicata per condizioni funzionali che suggeriscono il contemporaneo uso di tutori a cui l'ausilio può essere reso solidale. con presa sulle creste iliache o di bacino senza ascellari (lombostato): con armatura metallica e corpetto in stoffa	€ 747,90
06.03.09.039	corsetto rigido contenitivo-compensativo con armatura metallica o polimerica ortesi realizzata in materiali diversi (acciaio al carbonio, lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, con rivestimento in pelle o materiale sintetico, materiale termoplastico) che conferiscono la rigidità necessaria a compensare, correggere, contenere le insufficienze del rachide dorso-lombare o indicata per condizioni funzionali che suggeriscono il contemporaneo uso di tutori a cui l'ausilio può essere reso solidale. con presa sulle creste iliache o di bacino senza ascellari (lombostato): con armatura metallica e corpetto in cuoio su calco di gesso	€ 928,30
06.03.09.042	con presa di bacino e ascellari (crociera), con corpetto di stoffa o materiale elastico di acciaio al carbonio o di lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, con rivestimento in pelle o materiale sintetico con presa di bacino a molla o in polietilene, due aste paravertebrali più due pelotte di spinta acromiali di adatto materiale. Telaio costruito su grafico e misure del paziente rilevate mediante sistemi CAD/CAM o su calco di gesso negativo e positivo, con corpetto in stoffa alto fino alle ascelle.	€ 783,90
06.03.09.047	con presa sulle creste iliache, presa di bacino e ascellari (M.Z.): di acciaio al carbonio o di lega leggera ad alta resistenza, con presa di bacino o sulle creste iliache, in plastica, con rivestimento in pelle o materiale sintetico, con due aste paravertebrali più due laterali e due pelotte di spinta acromiali di adatto materiale. Telaio costruito su grafico e misure del paziente rilevate mediante sistemi CAD/CAM o su calco di gesso negativo e positivo. con telaio metallico o struttura in materiale termoplastico	€ 844,80

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.09.050	con presa sulle creste iliache, presa di bacino e ascellari (M.Z.): di acciaio al carbonio o di lega leggera ad alta resistenza, con presa di bacino o sulle creste iliache, in plastica, con rivestimento in pelle o materiale sintetico, con due aste paravertebrali più due laterali e due pelotte di spinta acromiali di adatto materiale. Telaio costruito su grafico e misure del paziente rilevate mediante sistemi CAD/CAM o su calco di gesso negativo e positivo.con corpetto di stoffa o materiale elastico, alto fino alle ascelle	€ 852,40
06.03.09.056	corsetto rigido correttivo-compensativo con armatura metallica o polimerica ortesi realizzata in materiali diversi atta a compensare, correggere e contenere le deformità e le insufficienze del rachide dorso-lombare o cervico-dorso-lombare indicata per condizioni funzionali che richiedono una redistribuzione dei carichi sui corpi vertebrali. Tale corsetto può essere realizzato in resine polimeriche rigide/semirigide, univalva o plurivalva o strutture ibride metallo-tessili o altro, con nervature di rinforzo paravertebrali, laterali ed anteriori dimensionate alla indicazione funzionale prevista; può essere allacciato posteriormente, anteriormente, lateralmente o centralmente con ganci, velcri o altra chiusura. Il rivestimento dell'ortesi deve essere morbido per ridurre le abrasioni e, quando possibile, le valve devono presentare fori di ventilazione che alleggeriscano la struttura. corsetto Agostini	€ 1.168,90
06.03.09.059	corsetto lionese classico composto di due aste montanti, una anteriore e una posteriore con presa di bacino, ascellari, placche di compressione di materiale sintetico indeformabile ad alta rigidità: apribile anteriormente, posteriormente articolato con cerniere in acciaio inox. Costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM; indicato per le scoliosi evolutive dell'adolescenza con valori angolari della curva tra i 27-40° Cobb, controindicato per le curve alte.	€ 1.598,00
06.03.09.062	corsetto lionese per dorso curvo composto da due aste montanti laterali ad atteggiamento variabile. Presa di bacino, placche di compressione di materiale sintetico indeformabile ad alta rigidità. Placca sternale rinforzata con asta metallica. Apertura - chiusura laterale con cerniere e pomelli inox, costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM; indicato per la riduzione delle cifosi evolutive di utenti con buono sviluppo della gabbia toracica e che non abbiano un apice superiore a T6-T7.	€ 1.619,60
06.03.09.065	corsetto lionese a tre punti (o Michel) composto di due aste montanti, una anteriore ed una posteriore registrabili in altezza, senza ascellari, con tre punti di appoggio: una spinta ileo-lombare (principale), una controspinta pelvica (eventualmente estesa fino al gran trocantere) ed un appoggio toracico. Costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM in materiale plastico indeformabile ad alta rigidità; indicato per la riduzione delle scoliosi tipicamente lombari dell'adolescenza (con chiusura dell'angolo ileo-lombare e senza curve toraciche alte).	€ 1.127,50

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.91.303	Gorgera con asta regolabile in altezza e circonferenza	€ 181,50
06.03.09.068	corsetto bolognese univalva per scoliosi lombare di materiale sintetico a bassa rigidità, senza ascellari, con allacciatura posteriore o anteriore e due cuscinetti di compressione comunque collocati. Costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM.	€ 837,70
06.03.09.071	corsetto bolognese univalva dorsolombare per scoliosi a doppia curva di materiale sintetico a bassa rigidità, senza ascellari, alto con appoggio laterale sottoascellare, con allacciatura posteriore, con almeno quattro cuscinetti di compressione compreso un eventuale appoggio trocanterico. Costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM.	€ 1.106,80
06.03.09.074	corsetto P.A.S.B. (progressive action short brace) ortesi che lascia liberi i movimenti della colonna favorendo un'azione correttiva della rotazione delle vertebre e della deviazione laterale della curva e impedendo i movimenti che aggravano la flessione e la torsione del rachide; costruito su calco di gesso; indicato per utenti con curve scoliotiche a localizzazione lombare (in genere, di entità compresa tra 20 e 35° Cobb)	€ 956,10
06.03.09.077	corsetto Cheneau costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM, in materiale sintetico a bassa rigidità (in genere, polietilene di circa 5 mm di spessore), univalva, da sotto i glutei alle spalle, ampie aperture nelle zone di espansione anteriore e posteriore, almeno due cuscinetti di compressione; indicato per la riduzione delle curve scoliotiche dell'adolescente in soggetti con apice inferiore a T7 e valore angolare inferiore a 30-35° Cobb, scoliosi dorsolombare non superiore a livello D6-D7, scoliosi con curva dorsale tra i 20-35° Cobb, cifosi superiori alte a livello D6.	€ 950,00
06.03.91.736	plesso sternale con cerniera	€ 73,50
06.03.91.739	fodera interna in materiale ipoallergenico morbido	€ 80,50
06.03.09.080	corsetto Sforzesco costruito secondo il concetto SPoRT (Symmetric Patient-oriented Rigid Three-dimensional action), indicato nei casi in cui si vuole evitare l'applicazione del gesso di Risser mantenendo le proprietà correttive (rigidità del materiale e modalità costruttiva in un unico pezzo) con riduzione degli effetti sul piano sagittale di abbattimento/inversione della curva ipercifotica (> 45°).	€ 1.509,10
06.03.09.083	corsetto univalva dorso-lombare con appoggio sternale	€ 1.006,80
06.03.09.086	corsetto bivalva dorso-lombare con appoggio sternale	€ 710,00
06.03.91.403	placca di compressione con cerniere e dispositivo di registrazione progressiva	€ 140,00
06.03.91.406	pelotta pneumatica posteriore	€ 90,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.09.089	corsetto Boston: è costituito da: modulo prefabbricato o costruito su calco di gesso negativo e positivo in polipropilene foderato internamente in materiale ipoallergenico morbido; rinforzato anteriormente e posteriormente da barre termosaldate di irrigidimento. E' realizzato mediante progetto, da eseguire su esame radiografico del paziente per la correzione della curva scoliotica e la derotazione dei corpi vertebrali; allacciatura posteriore; indicato nei soggetti con scoliosi lombari primarie con apice non superiore a livello D10 (occasionalmente può trovare applicazione nelle deviazioni toraco-lombari). lombare: modulo con pelotte lombare - transtrocanterica - antiderotante lombare	€ 1.031,40
06.03.09.092	corsetto Boston: è costituito da: modulo prefabbricato o costruito su calco di gesso negativo e positivo in polipropilene foderato internamente in materiale ipoallergenico morbido; rinforzato anteriormente e posteriormente da barre termosaldate di irrigidimento. E' realizzato mediante progetto, da eseguire su esame radiografico del paziente per la correzione della curva scoliotica e la derotazione dei corpi vertebrali; allacciatura posteriore; indicato nei soggetti con scoliosi lombari primarie con apice non superiore a livello D10 (occasionalmente può trovare applicazione nelle deviazioni toraco-lombari). dorso/lombare: modulo con pelotte lombare - trocanterica - antiderotante lombare - toracica - anteriore toracica	€ 1.073,40
06.03.09.095	corsetto Boston: è costituito da: modulo prefabbricato o costruito su calco di gesso negativo e positivo in polipropilene foderato internamente in materiale ipoallergenico morbido; rinforzato anteriormente e posteriormente da barre termosaldate di irrigidimento. E' realizzato mediante progetto, da eseguire su esame radiografico del paziente per la correzione della curva scoliotica e la derotazione dei corpi vertebrali; allacciatura posteriore; indicato nei soggetti con scoliosi lombari primarie con apice non superiore a livello D10 (occasionalmente può trovare applicazione nelle deviazioni toraco-lombari). dorso/lombare/cervicale: modulo con pelotte lombare - trocanterica - antiderotante lombare - toracica - anteriore toracica; sovrastruttura composta da anello cervicale con appoggio occipitale e ioideo ed aste tipo Milwaukee	€ 1.177,50
06.03.91.503	pelotta addominale	€ 9,50
06.03.09.098	corsetto per dorso curvo con mollone o spinta sternale (antigravitario): con presa di bacino in materiale sintetico prolungata posteriormente, costruita su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM con mollone di spinta montato anteriormente	€ 898,10

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.09.107	corsetto Agostini antigravitario presa di bacino in cuoio, foderata in pelle, con rinforzi metallici e cerniera, costruita su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM. Insetto anteriore in elastico a livello epigastrico ed ampio appoggio gluteo. Due montanti laterali in acciaio regolabili in altezza e con snodi alla base per regolarne la flessione. Ai montanti laterali sono fissati due emiarchi posteriori con escursione regolabile e con due pressori fissi. Molla anteriore con spinta sternale registrabile e progressiva. Indicato per il trattamento correttivo delle ipercifosi e di altre deformità sagittali del rachide.	€ 1.021,00
06.03.09.110	ortesi toracica correttiva per petto carenato con struttura metallica o polimerica corpetto con valva o placca di spinta anteriore per petto carenato e valva o placca posteriore di controspinta; l'ortesi cerchia e contiene il solo tratto dorsale del rachide; può appoggiarsi sulle spalle o al punto vita; indifferentemente realizzato con armatura metallica e materiali tessili rinforzati o materiali sintetici rigidi; dotata delle spinte prescritte utili per ottenere la risposta funzionale richiesta (petto carenato, dorso curvo, ecc.).	€ 570,00
06.03.15.103	minerva: ortesi a valva e/o a giorno, rigida, che cerchia e contiene il tratto cervicale del rachide poggiando sulle spalle e sullo sterno e, dall'altro lato, sulla nuca e sulla mandibola, dotato di una appendice di estensione anteriore, posteriore o su entrambi i lati. Costruita sulle misure rilevate direttamente sul paziente, in materiale plastico rigido o lega leggera ad alta resistenza con opportune imbottiture. rigida	€ 577,80
06.03.15.106	minerva: ortesi a valva e/o a giorno, rigida, che cerchia e contiene il tratto cervicale del rachide poggiando sulle spalle e sullo sterno e, dall'altro lato, sulla nuca e sulla mandibola, dotato di una appendice di estensione anteriore, posteriore o su entrambi i lati. Costruita sulle misure rilevate direttamente sul paziente, in materiale plastico rigido o lega leggera ad alta resistenza con opportune imbottiture. registrabile	€ 598,70
06.03.15.109	minerva: ortesi a valva e/o a giorno, rigida, che cerchia e contiene il tratto cervicale del rachide poggiando sulle spalle e sullo sterno e, dall'altro lato, sulla nuca e sulla mandibola, dotato di una appendice di estensione anteriore, posteriore o su entrambi i lati. Costruita sulle misure rilevate direttamente sul paziente, in materiale plastico rigido o lega leggera ad alta resistenza con opportune imbottiture. bivalva	€ 518,90
06.03.18.003	corsetto tipo Milwaukee: con presa di bacino costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM, con presa in materiale sintetico, aste metalliche in acciaio inox o lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, regolabili in altezza e rivestite di plastica o pelle o altri materiali, pelotte di compressione la cui collocazione e quantità sono indicate nella prescrizione specialistica; indicato per il trattamento delle deformità vertebrali evolutive dell'infanzia e dell'adolescenza nei casi di curve scoliotiche con apice non superiore a livello T4 e nelle cifosi toraciche. con presa di bacino in materiale termoplastico	€ 1.044,70

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.18.006	corsetto tipo Milwaukee: con presa di bacino costruito su calco di gesso negativo e positivo o mediante sistemi CAD/CAM, con presa in materiale sintetico, aste metalliche in acciaio inox o lega leggera ad alta resistenza, anodizzata, regolabili in altezza e rivestite di plastica o pelle o altri materiali, pelotte di compressione la cui collocazione e quantità sono indicate nella prescrizione specialistica; indicato per il trattamento delle deformità vertebrali evolutive dell'infanzia e dell'adolescenza nei casi di curve scoliotiche con apice non superiore a livello T4 e nelle cifosi toraciche. con presa di bacino in cuoio con rinforzi metallici e cerniera, interamente foderato in pelle	€ 950,00
06.03.91.603	anello ascellare con relativi attacchi	€ 147,20
06.03.91.606	appoggio sottoascellare fissato anteriormente e posteriormente	€ 30,10
06.03.91.612	forcella di spinta acromiale	€ 52,80
06.03.18.033	corsetto statico equilibrato (per assistiti affetti da scoliosi neuropatica) consente una riduzione della curva scoliotica in presenza di deviazioni della colonna vertebrale favorendo il migliore allineamento ed equilibrio possibile in soggetti affetti da scoliosi da patologie neuromuscolari (lesioni dei motoneuroni superiori, inferiori e da disautonomia); costituito da univalva in materiale sintetico (in genere, PET di 3 o 4 mm) con allacciatura anteriore (o gancio metallico), ampia apertura diaframmatica senza ascellari e addome contenuto da una pettorina elastica, il rivestimento interno può essere realizzato in plastazote, stoffa o schiuma siliconica bicomponente.	€ 1.050,00
06.03.91.703	mutandina di contenimento (per impedire lo scivolamento)	€ 57,50
06.03.91.709	rivestimento parziale antidecubito	€ 105,40
06.03.91.715	prolungamento presa di bacino: sacro-ischiatica	€ 127,40
06.03.91.718	prolungamento presa di bacino: ischio-femorale	€ 324,30
06.03.91.721	presa scapolo omerale: rigida corta	€ 103,50
06.03.91.724	presa scapolo omerale: rigida lunga	€ 132,60
06.03.91.730	sostegno occipitale registrabile	€ 163,80
06.03.91.733	pressore articolato sternale	€ 86,60
06.03.92.103	abbassare parte anteriore	€ 42,90
06.03.92.106	abbassare totalmente stoffa	€ 47,40
06.03.92.109	allargare parte anteriore	€ 54,40
06.03.92.112	attacco allacciatura	€ 45,10
06.03.92.115	cuscinetto	€ 46,00
06.03.92.118	fascia epigastrica	€ 57,90
06.03.92.121	fasce ai trocanteri	€ 61,10
06.03.92.124	fettuccia a ganci	€ 33,00
06.03.92.127	fibbia con relativo attacco ed incontro	€ 22,80
06.03.92.130	laccio	€ 23,50
06.03.92.133	laterale in elastico	€ 22,60
06.03.92.136	molla	€ 15,70
06.03.92.139	parte anteriore in elastico	€ 77,30
06.03.92.142	pattina sotto pube	€ 35,10
06.03.92.145	rivestimento al cuscinetto	€ 32,40
06.03.92.148	sostituzione davantino	€ 40,00
06.03.92.151	spallacci semplici	€ 37,40

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.92.154	spallacci modellati	€ 55,50
06.03.92.157	telini centrali anteriori	€ 72,60
06.03.92.160	tessuto alto fino alle ascelle	€ 56,50
06.03.92.163	trazione elastica di raccordo fra corsetto o busto e ginocchiera e protesi	€ 43,80
06.03.92.203	allargare parte stoffa	€ 52,40
06.03.92.206	allargare presa di bacino	€ 64,00
06.03.92.209	allargare parte metallo e stoffa	€ 60,40
06.03.92.212	imbottitura con rivestimento di pelle di un ascellare	€ 26,30
06.03.92.215	imbottitura con rivestimento degli ascellari e del traverso scapolare	€ 54,00
06.03.92.218	orlatura parziale	€ 20,70
06.03.92.221	presa metallica sulle creste iliache	€ 118,00
06.03.92.224	rivestimento e imbottitura placca di pressione	€ 1,00
06.03.92.227	parte stoffa e pelle	€ 1,00
06.03.92.230	saldatura o chiodatura	€ 35,60
06.03.92.233	traverso scapolare	€ 45,30
06.03.92.303	smontaggio e rimontaggio	€ 39,10
06.03.92.306	nuovo adattamento antropometrico	€ 29,80
06.03.92.309	appoggio sottoascellare prolungato e pelotta	€ 82,70
06.03.92.312	asta anteriore	€ 48,50
06.03.92.315	asta posteriore	€ 48,50
06.03.92.318	cerniera per presa di bacino	€ 33,80
06.03.92.321	cerniera per supporto posteriore	€ 26,30
06.03.92.324	cuscinetto di appoggio sulle creste iliache	€ 27,40
06.03.92.327	cuscinetto per piastrina a trifoglio	€ 23,40
06.03.92.330	cuscinetto sotto ascellare	€ 29,90
06.03.92.333	pelotta anteriore	€ 63,00
06.03.92.336	pelotta dorsale	€ 75,00
06.03.92.339	pelotta lombare	€ 89,10
06.03.92.342	piastrina con inserti filettati per ancoraggio cintura pelvica	€ 28,70
06.03.92.345	piastrina con inserti filettati per supporto anteriore cintura pelvica	€ 23,90
06.03.92.348	piastrina di congiunzione	€ 23,90
06.03.92.351	piastrina forata per ancoraggio pelotta	€ 23,90
06.03.92.354	piastrina sgomata per supporto pelotta	€ 22,80
06.03.92.357	piastrina a trifoglio	€ 24,30
06.03.92.360	valva modellata	€ 317,70
06.03.92.363	placca sternale rinforzata (dorso curvo)	€ 264,80
06.03.92.366	placca dorsale	€ 301,60
06.03.92.369	asta montante laterale	€ 14,10
06.03.92.403	asta di rinforzo anteriore	€ 42,60
06.03.92.406	asta di rinforzo posteriore	€ 42,60
06.03.92.409	pelotta addominale	€ 30,00
06.03.92.412	adattamento presa di bacino	€ 40,00
06.03.92.503	smontaggio e rimontaggio	€ 26,00
06.03.92.506	cuscinetto di spinta sternale	€ 30,00
06.03.92.509	forcella di spinta acromiale	€ 45,50
06.03.92.512	rivestimento cuscinetto	€ 12,50

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.03.92.515	mollone e/o spinta sternale registrabile	€ 95,00
06.03.92.603	smontaggio e rimontaggio	€ 39,10
06.03.92.606	nuovo adattamento antropometrico	€ 32,30
06.03.92.609	appoggio ioideo	€ 15,00
06.03.92.612	appoggio occipitale semplice (al paio)	€ 20,00
06.03.92.615	asta anteriore	€ 23,00
06.03.92.618	asta posteriore	€ 20,60
06.03.92.621	collare completo	€ 54,20
06.03.92.624	cuscinetto di compressione	€ 43,50
06.03.92.627	guaina di rivestimento ad un'asta	€ 18,40
06.03.92.630	elemento di compressione	€ 43,60
06.03.92.633	presa di bacino su calco di gesso negativo e positivo	€ 415,20
06.03.92.636	rivestimento morbido interno per presa di bacino di plastica	€ 52,50
06.03.92.639	cinghia ed attacco con fibbia	€ 24,30
06.03.92.642	attacco con fibbia	€ 16,20
06.03.92.645	cinghia	€ 14,20
06.03.92.648	presa di bacino prefabbricata in materiale sintetico	€ 198,60
06.03.92.651	presa di bacino in cuoio foderato	€ 422,60
06.03.92.748	smontaggio e rimontaggio	€ 39,10
06.03.92.751	cuscinetti di compressione	€ 44,20
06.03.92.754	rivestimento parziale antidecubito	€ 118,10
06.03.92.757	rivestimento totale interno	€ 66,00
06.03.92.760	cerniere o gancio di chiusura	€ 42,20
06.03.92.763	contentore addominale in tessuto elasticizzato	€ 28,00
06.06.12.003	ortesi funzionale per avambraccio	€ 443,80
06.06.12.006	ortesi di posizione rigida per avambraccio-mano	€ 350,00
06.06.13.009	ortesi di posizione per avambraccio-mano-dita, rigida	€ 345,00
06.06.13.012	ortesi funzionale per avambraccio-mano-dita, dinamica	€ 390,00
06.06.13.015	ortesi tipo tenodesi: funzionale all'estensione del polso	€ 520,00
06.06.13.018	ortesi tipo tenodesi: funzionale per opposizione e presa 1° - 2° - 3° dito	€ 325,00
06.06.15.003	ortesi per gomito e braccio:: ortesi per gomito e braccio: rigida	€ 290,00
06.06.15.009	ortesi per gomito e braccio:: articolata libera	€ 430,00
06.06.15.012	ortesi per gomito e braccio:: articolata con trazione elastica tipo Quenquel	€ 602,60
06.06.15.015	ortesi funzionale di braccio e avambraccio senza presa sulla spalla: rigida	€ 505,30
06.06.15.018	ortesi funzionale di braccio e avambraccio senza presa sulla spalla: articolata libera o a molla	€ 575,90
06.06.30.003	ortesi di posizione toraco - antibrachiale unilaterale: rigida	€ 542,40
06.06.30.006	ortesi di posizione toraco - antibrachiale unilaterale: articolata al gomito	€ 490,00
06.06.30.009	ortesi di posizione toraco - antibrachiale unilaterale: articolata alla spalla e al gomito	€ 580,00
06.06.30.033	tutore per spalla	€ 394,10
06.06.91.103	palmare sfilabile	€ 62,40
06.06.91.106	settore o tenditore per regolazione	€ 125,50
06.06.91.109	bloccaggio per articolazione al polso e al gomito	€ 125,80
06.06.91.112	molla per articolazione	€ 23,00
06.06.91.115	articolazione per prono-supinazione dell'avambraccio	€ 295,60

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.06.91.118	separadita al palmare	€ 26,80
06.06.91.203	arresto graduabile al gomito o al polso	€ 285,70
06.06.91.206	arresto a scatto al gomito con sbloccaggio automatico	€ 170,00
06.06.91.209	articolazione di spalla con presa toracica	€ 390,20
06.06.91.212	presa rigida della spalla	€ 129,70
06.06.91.215	rivestimento mano e polso per tutore per spalla	€ 25,10
06.06.91.218	rivestimento polso e gomito per tutore per spalla	€ 38,30
06.06.91.221	rivestimento torace per tutore per spalla	€ 58,60
06.06.92.103	allacciatura elemento mobile o fisso (fibbia o cinghia)	€ 31,00
06.06.92.106	articolazione per polso	€ 91,70
06.06.92.109	articolazione per gomito	€ 94,20
06.06.92.112	articolazione per spalla	€ 138,20
06.06.92.115	molla per polso o gomito	€ 33,00
06.06.92.118	rivestimento in tessuto anallergico, per mano	€ 60,10
06.06.92.121	rivestimento in tessuto anallergico, per polso	€ 47,40
06.06.92.124	rivestimento in tessuto anallergico, per gomito	€ 63,70
06.06.92.127	rivestimento in tessuto anallergico, per toraco-antibrachiale	€ 105,00
06.06.92.130	bloccaggio per articolazione al polso e/o gomito	€ 137,10
06.06.92.203	smontaggio e rimontaggio dell'articolazione del polso	€ 27,50
06.06.92.206	smontaggio e rimontaggio dell'articolazione del gomito	€ 27,50
06.06.92.209	smontaggio e rimontaggio dell'articolazione della spalla	€ 27,50
06.06.92.212	allacciatura elemento mobile o fisso	€ 53,70
06.06.92.215	arresto graduabile al gomito e al polso	€ 120,80
06.06.92.218	arresto a scatto al gomito	€ 72,50
06.06.92.221	arresto a scatto al gomito con sbloccaggio automatico	€ 153,00
06.06.92.224	articolazione per polso	€ 104,30
06.06.92.227	articolazione per gomito	€ 108,10
06.06.92.230	articolazione per spalla	€ 106,20
06.06.92.233	attacco con fibbia	€ 8,00
06.06.92.236	cinghia	€ 10,80
06.06.92.239	molla per polso o gomito	€ 19,50
06.06.92.242	contentore completo di braccio e avambraccio su modello di gesso	€ 205,00
06.06.92.245	molla extrarotatoria	€ 63,50
06.12.03.024	plantare su misura costruito su forma di serie, modellato con piani inclinati o scarico o sostegno: dal n. 18 al n. 46	€ 84,10
06.12.03.030	plantare modellato per lievitazione, con talloniera avvolgente: dal n. 18 al n. 46	€ 104,00
06.12.03.036	plantare modellato e scolpito su misura tramite lavorazione ad asporto:	€ 113,30
06.12.03.042	plantare modellato su calco di gesso o impronta dinamica o impronta su materiale espanso o realizzato con sistemi CAD-CAM, con o senza bordi laterali avvolgenti: di cuoio rinforzato, di materiale sintetico e/o metallico: dal n. 18 al n. 46	€ 138,40
06.12.03.051	plantare modellato su calco di gesso o impronta dinamica o impronta su materiale espanso o realizzato con sistemi CAD-CAM, con o senza bordi laterali avvolgenti: di cuoio rinforzato, di fibra ad alta resistenza: dal n. 18 al n. 46	€ 145,60
06.12.03.075	rialzo totale esterno su misura: scoperto, fino a cm. 4 compresi: dal n. 18 al n. 46	€ 71,40

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.12.03.078	rialzo totale esterno su misura: scoperto da cm. 4 a cm. 8 compresi: dal n. 18 al n. 46	€ 83,00
06.12.03.081	rialzo totale esterno su misura: scoperto oltre cm 8: dal n. 18 al n. 46	€ 88,90
06.12.03.084	rialzo totale esterno su misura: rivestito fino a cm 4 compresi: dal n. 18 al n. 46	€ 104,40
06.12.03.087	rialzo totale esterno su misura: rivestito da cm 4 a cm 8 compresi: dal n. 18 al n. 46	€ 118,10
06.12.03.090	rialzo totale esterno su misura: rivestito oltre cm 8: dal n. 18 al n. 46	€ 130,20
06.12.91.103	sottopiede in tessuto sintetico morbido e igienizzabile da applicare al plantare in metallo	€ 1,00
06.12.91.106	sottopiede in elastomero soffice a cellula chiusa e igienizzabile da applicare al plantare in metallo	€ 13,50
06.12.91.109	compenso di riempimento per piede ipometrico o deforme in sughero o materiale sintetico	€ 48,00
06.12.91.112	rialzo calcaneare fino a cm 4	€ 36,00
06.12.91.115	conca talloniera	€ 29,10
06.12.06.003	ortesi di posizione gamba-piede rigida	€ 385,00
06.12.06.027	ortesi dinamica gamba-piede: a valva alta, semispirale condiloidea	€ 543,00
06.12.06.036	ortesi dinamica gamba-piede: a valva bassa, a doppia spirale	€ 435,00
06.12.06.039	ortesi dinamica gamba-piede: a valva antiequino (Codivilla modificata)	€ 93,00
06.12.06.042	ortesi dinamica gamba-piede: a molla posteriore (Codivilla)	€ 111,00
06.12.06.045	ortesi dinamica gamba-piede: a molla, extra o intrarotatoria	€ 160,00
06.12.06.048	ortesi dinamica gamba-piede: con asta laterale articolata e limitatore eccentrico della flessione-estensione (tipo Perlstein)	€ 358,40
06.12.09.003	ortesi di posizione coscia - gamba a ginocchio esteso	€ 608,20
06.12.09.012	ortesi di posizione coscia - gamba a ginocchio flessione	€ 400,00
06.12.09.015	ortesi di allineamento coscia - gamba o tutore rigido con lavorazione a giorno	€ 520,00
06.12.09.018	ortesi di allineamento coscia - gamba o tutore rigido con lavorazione a valva	€ 605,00
06.12.09.021	ortesi di allineamento coscia - gamba o tutore rigido a doppia valva (schiniere)	€ 717,00
06.12.09.024	ortesi coscia-gamba (esclusi caviglia e piede): a giorno, rivestito plasticato, costruito da grafico o da modello di gesso	€ 595,00
06.12.09.027	ortesi coscia-gamba (esclusi caviglia e piede): a valva o a doppia valva, in materiale composito o resina costruito su modello di gesso	€ 558,00
06.12.91.203	articolazione posteriore per doccia pelvipodalica	€ 110,30
06.12.91.206	articolazione di adduzione-abduzione dell'avampiede	€ 68,50
06.12.91.209	articolazione tibio-tarsica con molla di richiamo	€ 82,50
06.12.91.215	articolazione per ginocchio libera bloccabile	€ 105,50
06.12.91.218	settore o tenditore di regolazione	€ 87,50
06.12.91.221	contentore imbottito per ginocchio	€ 50,00
06.12.91.227	rivestimento interno morbido ipoallergenico per doccia: per caviglia	€ 40,50
06.12.91.230	rivestimento interno morbido ipoallergenico per doccia: per ginocchio	€ 46,50

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.12.91.233	rivestimento interno morbido ipoallergenico per doccia: per pelvifemorale monolaterale	€ 70,00
06.12.91.236	rivestimento interno morbido ipoallergenico per doccia: per pelvifemorale bilaterale	€ 80,00
06.12.91.239	rivestimento interno morbido ipoallergenico per doccia: per pelvipodalica monolaterale	€ 80,00
06.12.91.242	rivestimento interno morbido ipoallergenico per doccia: per pelvipodalica bilaterale	€ 90,00
06.12.12.003	doccia rigida a ginocchio esteso e piede ad angolo retto	€ 549,50
06.12.12.012	doccia rigida a ginocchio flesso e piede atteggiato	€ 487,00
06.12.12.021	stecca per ginocchio valgo o varo	€ 174,80
06.12.12.033	ortesi di allineamento e carico coscia - gamba - piede (staffa di scarico o Thomas): con anello apribile e articolazione dell'anca	€ 430,00
06.12.12.039	ortesi di allineamento e carico coscia - gamba - piede (staffa di scarico o Thomas): con anello apribile per arto abdotto, scarico a terra, perpendicolare, registrabile	€ 630,00
06.12.12.042	ortesi di allineamento e carico coscia - gamba - piede (staffa di scarico o Thomas): tutore rigido con armatura esoscheletrica a giorno e sandalo allineato ai metatarsi	€ 750,00
06.12.12.045	ortesi di allineamento e carico coscia - gamba - piede (staffa di scarico o Thomas): tutore rigido a valva e sandalo allineato ai metatarsi o alle dita	€ 800,00
06.12.12.048	tutore rigido a doppia valva e sandalo allineato ai metatarsi o alle dita	€ 1.950,00
06.12.91.303	articolazione coxofemorale con cintura e bloccaggio	€ 155,00
06.12.91.309	trazione elastica al piede	€ 18,00
06.12.91.312	articolazione al ginocchio, bloccabile	€ 168,00
06.12.15.003	ortesi di posizione per anca (bacino-coscia fino al ginocchio escluso): doccia rigida bilaterale	€ 620,00
06.12.15.006	ortesi di posizione per anca (bacino-coscia fino al ginocchio escluso): doccia rigida monolaterale	€ 520,00
06.12.15.009	ortesi di allineamento e carico per anca (bacino-coscia fino al ginocchio escluso): tutore rigido a valva bilaterale	€ 1.000,00
06.12.15.012	ortesi di allineamento e carico per anca (bacino-coscia fino al ginocchio escluso): tutore rigido a valva monolaterale	€ 720,00
06.12.91.406	articolazione malleolare, libera	€ 60,00
06.12.91.409	articolazione malleolare, a molla con spinta in talismo	€ 115,00
06.12.91.412	articolazione malleolare, con limitatore eccentrico della flesso-estensione	€ 120,00
06.12.91.418	inserti di carbonio alla T.T. su tutori in materiale plastico	€ 70,00
06.12.91.424	scarpetta di contenzione, senza rialzo	€ 70,00
06.12.91.517	rivestimento morbido sandalo	€ 21,00
06.12.91.430	asta allungabile	€ 30,00
06.12.91.433	contentore imbottito per ginocchio	€ 40,00
06.12.91.436	cuscinetto di contenzione	€ 21,30
06.12.91.439	estetizzazione per polpaccio e coscia	€ 142,40
06.12.91.445	rivestimento posteriore di gamba, ginocchio, coscia (solo per tutori a valva in plastica o materiali compositi)	€ 31,10
06.12.91.451	articolazione al ginocchio, libera	€ 122,50
06.12.91.454	articolazione al ginocchio, libera posteriorizzata	€ 120,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.12.91.457	articolazione al ginocchio, con arresto anteriore o posteriore a ponte	€ 225,00
06.12.91.460	articolazione al ginocchio, con arresto ad anello	€ 205,00
06.12.91.463	articolazione al ginocchio, con arresto ad anello e dispositivo comando sul cosciale	€ 260,00
06.12.91.466	articolazione al ginocchio, con flessione estensione regolabile ed arresto	€ 330,00
06.12.91.472	articolazione al ginocchio, tipo policentrico con flessione estensione regolabile	€ 265,00
06.12.91.475	articolazione al ginocchio, tipo a blocco/sblocco automatico cinematico	€ 1.080,00
06.12.91.478	dispositivo per correzione ginocchio in valgismo o varismo, indicato per persone suscettibili di intervento chirurgico	€ 125,00
06.12.91.481	articolazione coxo-femorale libera	€ 170,00
06.12.91.484	articolazione coxo-femorale con arresto	€ 190,00
06.12.91.490	articolazione coxo-femorale con arresto e articolazione supplementare per adduzione ed abduzione o pluri-assiale (abduzione, adduzione, intra ed extra-rotazione) (solo per tutori a valva)	€ 300,00
06.12.91.493	articolazione coxo femorale con flessione estensione regolabile e articolazione per adduzione registrabile per tutore tipo Atlanta	€ 470,00
06.12.91.499	appoggio ischiatico con imbottitura e rivestimento	€ 66,50
06.12.91.502	rialzo applicabile al sandalo fino a cm 5 di altezza	€ 45,00
06.12.91.505	rialzo applicabile al sandalo oltre cm 5 di altezza	€ 80,00
06.12.91.508	cintura addominale per articolazione coxofemorale	€ 75,00
06.12.91.511	rivestimento delle due aste verticali con fodera in pelle	€ 95,00
06.12.91.514	armatura calcaneare	€ 50,00
06.12.91.520	prolunga per sblocco	€ 494,90
06.12.91.523	pie' rigido	€ 173,90
06.12.18.003	ortesi di posizione bacino-coscia-gamba-piede (pelvipodalica): doccia rigida monolaterale	€ 775,60
06.12.18.006	tutore Reciprocating Gait Orthosis (bacino-coscia-gamba-piede)	€ 3.900,00
06.12.18.009	tutore Reciprocating Gait Orthosis Isocentric (bacino-coscia-gamba-piede)	€ 5.760,00
06.12.18.012	tutore pediatrico Advanced Reciprocating Gait Orthosis (bacino-anca-coscia-piede)	€ 4.800,00
06.12.18.015	tutore Advanced Reciprocating Gait Orthosis (bacino-anca-coscia-piede)	€ 5.920,00
06.12.92.203	allacciatura elemento mobile o fisso	€ 14,20
06.12.92.212	rivestimento interno anallergico per doccia: per caviglia	€ 32,70
06.12.92.215	rivestimento interno anallergico per doccia: per ginocchio	€ 46,00
06.12.92.218	rivestimento interno anallergico per doccia: per pelvifemorale	€ 67,70
06.12.92.221	rivestimento interno anallergico per doccia: per pelvipodalica unilaterale	€ 71,20
06.12.92.312	allacciatura elemento mobile o fisso	€ 14,20
06.12.92.315	cerchiello	€ 33,10
06.12.92.324	sandalo	€ 44,10
06.12.92.327	cintura addominale	€ 29,10
06.12.92.330	rivestimento antisdrucchiolo	€ 35,30
06.12.92.333	trazione elastica del piede	€ 73,10

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.12.92.336	allacciatura elemento mobile o fisso	€ 14,20
06.12.92.339	allungamento/registrazione della staffa (solo per tutori Thomas)	€ 28,00
06.12.92.403	revisione (incluso smontaggio e rimontaggio) dell'articolazione tibio tarsica	€ 32,50
06.12.92.406	revisione (incluso smontaggio e rimontaggio) dell'articolazione del ginocchio	€ 32,50
06.12.92.409	revisione (incluso smontaggio e rimontaggio) dell'articolazione dell'anca, libera o bloccabile o dell'anca supplementare per abduzione e adduzione	€ 32,50
06.12.92.412	allacciatura elemento mobile o fisso	€ 11,50
06.12.92.415	sostituzione dell'asta malleolare rigida	€ 49,10
06.12.92.418	contentore per ginocchio	€ 34,00
06.12.92.421	cuscinetto di contenzione	€ 37,10
06.12.92.424	elemento di contenzione e rivestimento cosciale in stoffa	€ 92,50
06.12.92.427	elemento di contenzione e rivestimento gambale in stoffa	€ 92,50
06.12.92.430	estetizzazione del polpaccio e del cosciale su modello di gesso	€ 150,00
06.12.92.433	fissaggio cerchiello e rivestimento	€ 26,20
06.12.92.436	prolunga per leva per arresto a ponte	€ 24,00
06.12.92.439	sostituzione dell'arresto a ponte del ginocchio	€ 58,10
06.12.92.442	rivestimento di contenzione al tronco	€ 161,00
06.12.92.445	rialzo applicabile al sandalo fino a cm 5	€ 33,00
06.12.92.448	rialzo applicabile al sandalo oltre cm 5	€ 59,00
06.12.92.451	rivestimento di contenzione posteriore gamba, ginocchio, coscia	€ 172,70
06.12.92.454	sandalo	€ 89,80
06.12.92.457	appoggio ischiatico	€ 74,00
06.12.92.460	sostituzione dell'articolazione al ginocchio libera	€ 132,10
06.12.92.463	sostituzione dell'articolazione al ginocchio con asse retroposto	€ 158,50
06.12.92.466	sostituzione dell'articolazione al ginocchio con arresto	€ 156,00
06.12.92.469	sostituzione dell'articolazione al ginocchio tipo a blocco/sblocco automatico cinematico	€ 825,50
06.12.92.472	sostituzione dell'articolazione al ginocchio con arresto tipo monolaterale	€ 152,00
06.12.92.475	sostituzione dell'articolazione al ginocchio con asta	€ 175,00
06.12.92.478	sostituzione dell'articolazione al ginocchio con asta per cosciale o gambale	€ 180,00
06.12.92.481	cerchiello	€ 46,90
06.12.92.484	rivestimento cerchiello	€ 30,00
06.12.92.487	rivestimento scarpetta di contenzione	€ 50,90
06.12.92.490	sostituzione della scarpetta di contenzione, su modello di gesso	€ 143,50
06.12.92.493	suoletta metallica alla scarpetta	€ 45,60
06.12.92.496	riparazione per rottura asta del cosciale	€ 92,10
06.12.92.499	riparazione per rottura asta del gambale	€ 73,70
06.12.92.502	sostituzione dell'articolazione al malleolo	€ 120,00
06.12.92.505	articolazione al malleolo con spinta in talismo	€ 132,00
06.12.92.508	articolazione al malleolo con limitatore eccentrico della flesso-estensione	€ 152,00
06.12.92.511	sostituzione dell'articolazione coxo-femorale libera	€ 136,00
06.12.92.514	sostituzione dell'articolazione coxo-femorale con arresto	€ 148,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.12.92.517	sostituzione dell'articolazione coxo-femorale con arresto e articolazione supplementare per abduzione e adduzione o pluriassiale (abduzione, adduzione, intra ed extra-rotazione)	€ 180,00
06.12.92.520	imbottitura e rivestimento appoggio ischiatico	€ 65,70
06.12.92.523	cintura addominale per articolazione coxo-femorale	€ 76,00
06.12.92.603	cilindro pneumatico per ginocchio	€ 390,00
06.12.92.606	articolazione al ginocchio con doppio freno, completo di cilindro pneumatico	€ 1.123,00
06.12.92.609	articolazione coxo-femorale con meccanismo reciprocante a filo	€ 1.279,00
06.12.92.612	gruppo arresto in estensione (Reciprocating Gait Orthosis)	€ 67,70
06.12.92.615	filo dispositivo reciprocante (Reciprocating Gait Orthosis)	€ 75,00
06.12.92.618	asta superiore articolazione coxo	€ 209,00
06.12.92.621	gruppo trascinamento filo reciprocante (Reciprocating Gait Orthosis)	€ 113,60
06.12.92.624	cuscinetti a sfere articolazione coxo	€ 107,00
06.12.92.627	tubo collegamento (al bacino)	€ 165,00
06.12.92.630	cavo reciprocante (Advanced Reciprocating Gait Orthosis)	€ 367,00
06.12.92.633	cavetto ginocchio	€ 68,00
06.12.92.636	supporto lombare	€ 334,00
06.12.92.639	supporto addominale	€ 289,00
06.12.92.642	pelotta al ginocchio (singola)	€ 102,00
06.18.03.003	parziale di dito	€ 230,00
06.18.03.033	parziale di mano e totale di un dito	€ 273,80
06.18.03.036	parziale di mano e totale di due dita	€ 466,00
06.18.03.039	parziale di mano e totale di tre dita	€ 648,80
06.18.03.042	parziale di mano e totale di quattro dita	€ 716,70
06.18.03.045	parziale di mano e totale di cinque dita	€ 806,20
06.18.03.072	con elemento in opposizione alla parte residua, funzionale ad energia corporea	€ 671,60
06.18.06.003	protesi esoscheletrica per disarticolazione di polso: con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 1.181,30
06.18.06.009	protesi esoscheletrica per disarticolazione di polso: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 1.355,60
06.18.06.039	protesi per disarticolazione di polso, funzionale ad energia corporea: con sola mano	€ 1.633,60
06.18.06.042	protesi per disarticolazione di polso, funzionale ad energia corporea: protesi per disarticolazione di polso, funzionale ad energia esterna (elettrica):	€ 6.266,30
06.18.09.012	protesi esoscheletrica transradiale::con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 1.319,10
06.18.09.018	protesi esoscheletrica transradiale:: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 1.413,20
06.18.09.039	protesi transradiale, funzionale ad energia corporea, con polso a rotazione passiva e mano	€ 1.881,70
06.18.09.063	con mano elettromeccanica, articolazione del polso a rotazione passiva, comando mioelettrico o elettronico per l'apertura e chiusura della mano	€ 9.259,30
06.18.09.066	con mano elettromeccanica, articolazione attiva di prono-supinazione del polso comandata dall'apice del moncone, comando mioelettrico per l'apertura e chiusura della mano	€ 9.969,70

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.18.09.069	con mano e articolazione del polso di tipo elettromeccanico, con comando mioelettrico od elettronico per l'apertura e chiusura della mano e della prono-supinazione	€ 11.415,40
06.18.12.003	protesi endoscheletrica per disarticolazione del gomito:: con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 2.011,40
06.18.12.009	protesi endoscheletrica per disarticolazione del gomito:: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 2.134,90
06.18.12.039	protesi per disarticolazione del gomito, funzionale ad energia corporea:: con mano irreversibile	€ 2.825,60
06.18.12.063	protesi per disarticolazione del gomito, funzionale ad energia esterna (elettrica):: con articolazione del polso a rotazione passiva	€ 7.556,10
06.18.12.066	protesi per disarticolazione del gomito, funzionale ad energia esterna (elettrica):: con articolazione del polso di tipo elettromeccanico e bloccaggio del gomito a trazione	€ 15.443,70
06.18.15.003	protesi endoscheletrica transomerale: con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 2.075,50
06.18.15.009	protesi endoscheletrica transomerale: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 2.168,90
06.18.15.033	protesi esoscheletrica transomerale: con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 2.310,50
06.18.15.039	protesi esoscheletrica transomerale: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 2.359,90
06.18.15.069	protesi endoscheletrica transomerale, funzionale ad energia corporea e mano con articolazione funzionale per la flessione-estensione e bloccaggio del gomito a trazione, articolazione passiva per l'intra-extra rotazione del braccio, polso a rotazione passiva	€ 3.487,80
06.18.15.081	protesi endoscheletrica transomerale, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettrica con articolazione del polso a rotazione passiva	€ 7.514,50
06.18.15.084	protesi endoscheletrica transomerale, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettrica con articolazione elettrica per la prono-supinazione del polso	€ 13.545,50
06.18.15.087	protesi endoscheletrica transomerale, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettrica con articolazione del polso a rotazione passiva e articolazione elettrica del gomito	€ 19.005,90
06.18.15.090	protesi endoscheletrica transomerale, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettrica con articolazione elettrica per la prono-supinazione del polso e articolazione elettrica del gomito	€ 21.973,40
06.18.18.003	protesi endoscheletrica per disarticolazione di spalla: con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 2.955,70
06.18.18.009	protesi endoscheletrica per disarticolazione di spalla: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 2.994,10
06.18.21.003	protesi endoscheletrica per amputazione di spalla: con mano con tutte le dita atteggiabili	€ 2.659,50
06.18.21.009	protesi endoscheletrica per amputazione di spalla: con mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 2.697,90

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.18.21.063	protesi esoscheletrica per amputazione di spalla, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettromeccanica: con articolazione elettrica del gomito (comando mioelettrico per apertura e chiusura della mano - flessione-estensione e bloccaggio del gomito)	€ 14.322,20
06.18.21.066	protesi esoscheletrica per amputazione di spalla, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettromeccanica: con articolazione elettrica per la prono-supinazione del polso e articolazione elettrica del gomito (comando mioelettrico per apertura e chiusura della mano - rotazione del polso - flessione-estensione e bloccaggio del gomito)	€ 23.894,70
06.18.21.069	protesi esoscheletrica per amputazione di spalla, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettromeccanica: con articolazione elettrica per la prono-supinazione del polso e articolazione elettrica del gomito, senza articolazione della spalla (comando elettronico per apertura e chiusura della mano - rotazione del polso - flessione-estensione e bloccaggio del gomito)	€ 23.109,80
06.18.21.072	protesi esoscheletrica per amputazione di spalla, funzionale ad energia esterna (elettrica) o energia mista, con mano elettromeccanica: con articolazione elettrica per la prono-supinazione del polso e articolazione elettrica del gomito (comando elettronico per apertura e chiusura della mano - rotazione del polso - flessione-estensione e bloccaggio del gomito)	€ 24.818,40
06.18.91.109	polso a rotazione passiva	€ 106,00
06.18.91.112	polso con articolazione sferica passiva	€ 346,20
06.18.91.115	invasatura ad aderenza totale per amputazione transradiale con o senza presa olecranica	€ 197,50
06.18.91.118	invasatura ad aderenza totale per amputazione transomerale con o senza presa di spalla	€ 204,00
06.18.91.203	polso a rotazione passiva	€ 73,00
06.18.91.206	polso pluriassiale	€ 113,00
06.18.91.312	moltiplicatore di ampiezza dell'articolazione del gomito	€ 338,60
06.18.91.315	polso con articolazione attiva di prono-supinazione completo di calotta di presa del moncone	€ 660,00
06.18.91.318	polso con articolazione sferica passiva con bloccaggio	€ 763,70
06.18.91.403	braccialino con aste di collegamento d'avambraccio con bretellaggio e filo di trazione per la flessione-estensione (in caso di limitazione della flessione-estensione del gomito)	€ 1.351,00
06.18.91.406	manipolatore elettrico (per lavoro, da utilizzare in aggiunta alla normale mano)	€ 5.372,20
06.18.91.412	differenza per mano elettromeccanica, miniaturizzata (per bambini con misura della mano inferiore a mm. 190 di circonferenza a livello delle teste metacarpali)	€ 5.571,40
06.18.91.415	articolazione pluriassiale di tipo sferico	€ 1.721,30
06.18.91.418	interruttore di commutazione	€ 23,10
06.18.92.103	refacimento del bretellaggio per protesi per amputazione transomerale	€ 335,10
06.18.92.106	sostituzione del gomito con bloccaggio, completo di avambraccio	€ 507,60
06.18.92.109	revisione del gomito con bloccaggio, completo di avambraccio	€ 90,10
06.18.92.112	sostituzione del guanto di rivestimento	€ 269,40

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.18.92.115	adattamento dell'invasatura per piccole variazioni morfologiche	€ 121,20
06.18.92.118	per amputazione transradiale	€ 509,30
06.18.92.121	per amputazione transradiale, ad aderenza totale con presa olecranica	€ 619,00
06.18.92.127	per amputazione transomerale, con anello di collegamento	€ 648,00
06.18.92.130	per amputazione transomerale, ad aderenza totale	€ 739,30
06.18.92.136	sostituzione della mano con dita atteggiabili	€ 191,10
06.18.92.139	sostituzione della mano con quattro dita rigide e pollice articolato a molla	€ 286,00
06.18.92.142	revisione del gomito con bloccaggio, completo di avambraccio	€ 403,20
06.18.92.145	revisione della mano cinematica: sostituzione dell'involucro morbido	€ 117,40
06.18.92.148	revisione della mano cinematica: sostituzione di indice, medio e pollice	€ 158,90
06.18.92.151	sostituzione del polso fisso	€ 120,20
06.18.92.154	sostituzione del polso a rotazione passiva	€ 197,00
06.18.92.157	sostituzione del polso sferico passivo	€ 403,80
06.18.92.160	cuscinetto salva manica	€ 16,50
06.18.92.203	articolazione intra ed extra rotatoria del gomito	€ 303,20
06.18.92.206	sferica	€ 416,80
06.18.92.212	pluriassiale	€ 397,30
06.18.92.218	per protesi per amputazione di braccio	€ 278,20
06.18.92.221	per protesi per disarticolazione di spalla	€ 278,20
06.18.92.224	per protesi per amputazione di braccio	€ 84,30
06.18.92.227	per protesi per amputazione di spalla	€ 61,00
06.18.92.230	per amputazione di braccio	€ 60,50
06.18.92.233	per disarticolazione di braccio	€ 77,50
06.18.92.236	sostituzione gomito con bloccaggio	€ 375,70
06.18.92.239	revisione gomito con bloccaggio	€ 119,20
06.18.92.242	per amputazione di braccio con anello di collegamento	€ 667,90
06.18.92.245	per amputazione di braccio con anello di collegamento, con invasatura ad aderenza totale	€ 777,40
06.18.92.248	per disarticolazione di spalla con estetizzazione	€ 655,90
06.18.92.254	per amputazione interscapolare con estetizzazione	€ 676,60
06.18.92.260	mano: involucro morbido	€ 156,60
06.18.92.263	mano: telaio mano, molla di ricambio	€ 64,00
06.18.92.266	mano: attacco filettato	€ 132,50
06.18.92.269	polso pluriassiale	€ 201,00
06.18.92.272	per amputazione di braccio	€ 174,50
06.18.92.275	per disarticolazione di spalla	€ 220,30
06.18.92.278	per amputazione interscapolare	€ 227,30
06.18.92.281	tubo distanziatore	€ 110,20
06.18.92.284	elemento di collegamento del tubo	€ 107,70
06.18.92.303	sostituzione	€ 1.122,20
06.18.92.306	revisione	€ 90,50
06.18.92.312	sostituzione	€ 1.122,20
06.18.92.315	revisione particolare meccanismo interno	€ 367,00
06.18.92.321	revisione cavetto trazione	€ 44,70
06.18.92.324	revisione attacco per mano o attacco per gancio	€ 284,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.18.92.330	per protesi per amputazione transradiale	€ 221,00
06.18.92.333	per protesi per amputazione transmerale	€ 246,30
06.18.92.339	sostituzione	€ 770,20
06.18.92.342	revisione	€ 83,50
06.18.92.348	per protesi per amputazione di avambraccio	€ 210,10
06.18.92.351	per protesi per amputazione di braccio	€ 210,10
06.18.92.378	per amputazione di avambraccio	€ 681,90
06.18.92.381	per amputazione di avambraccio, con rivestimento totale in materiale ipoallergenico	€ 759,60
06.18.92.387	per amputazione di braccio	€ 841,00
06.18.92.390	per amputazione di braccio, con rivestimento totale in materiale ipoallergenico	€ 852,50
06.18.92.396	sostituzione mano reversibile o irreversibile	€ 488,70
06.18.92.399	revisione mano reversibile o irreversibile	€ 113,00
06.18.92.408	sostituzione	€ 345,80
06.18.92.411	revisione	€ 67,30
06.18.92.414	sostituzione polso a rotazione passiva	€ 226,10
06.18.92.417	revisione polso a rotazione passiva	€ 67,30
06.18.92.426	sostituzione del polso con articolazione di prono-supinazione attiva	€ 636,80
06.18.92.429	revisione del polso con articolazione di prono-supinazione attiva	€ 106,00
06.18.92.432	sostituzione del polso con articolazione sferica passiva, con bloccaggio	€ 555,50
06.18.92.435	revisione del polso con articolazione sferica passiva, con bloccaggio	€ 90,50
06.18.92.438	elementi gomito con bloccaggio	€ 419,50
06.18.92.503	sostituzione della mano elettromeccanica completa	€ 2.800,00
06.18.92.506	sostituzione del solo telaio della mano elettromeccanica	€ 153,70
06.18.92.509	involucro morbido (armatura in plastica)	€ 249,00
06.18.92.512	pollice	€ 297,00
06.18.92.515	sostituzione del meccanismo interno	€ 609,20
06.18.92.518	dita (indice-medio)	€ 602,30
06.18.92.521	revisione del meccanismo interno	€ 83,50
06.18.92.524	frizione	€ 335,60
06.18.92.527	sostituzione del telaio completo	€ 672,10
06.18.92.530	revisione del telaio completo	€ 78,50
06.18.92.533	motore e primo riduttore	€ 725,00
06.18.92.536	coppia conica	€ 216,90
06.18.92.539	bloccaggio motore	€ 247,10
06.18.92.542	plantari, corona, molla	€ 149,70
06.18.92.545	motore elettrico	€ 420,60
06.18.92.548	riduttore motore	€ 324,80
06.18.92.551	polso meccanico: sostituzione polso a rotazione passiva	€ 426,70
06.18.92.554	polso meccanico: revisione polso a rotazione passiva	€ 41,70
06.18.92.557	frizione a spina coassiale del polso passivo	€ 201,70
06.18.92.560	polso meccanico: sostituzione polso a rotazione attiva	€ 792,70
06.18.92.563	polso meccanico: revisione polso a rotazione attiva	€ 93,50
06.18.92.566	polso elettromeccanico: sostituzione polso a rotazione elettrica	€ 1.800,00
06.18.92.569	polso elettromeccanico: revisione polso a rotazione elettrica	€ 86,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.18.92.572	polso elettromeccanico: riduzione e spina coassiale del polso elettrico	€ 947,60
06.18.92.575	polso elettromeccanico: invertitore del polso elettrico	€ 1.086,40
06.18.92.578	polso elettromeccanico: micro per polso elettrico	€ 149,50
06.18.92.581	polso elettrico: attacco parte mano	€ 765,60
06.18.92.587	polso elettrico: attacco parte avambraccio	€ 314,30
06.18.92.590	polso elettrico: motore	€ 746,20
06.18.92.593	sostituzione	€ 1.260,30
06.18.92.596	adattamento	€ 168,40
06.18.92.599	calotta per la prono-supinazione attiva su modello di gesso negativo e positivo	€ 346,80
06.18.92.602	gomito completo attivo (cinematico)	€ 1.629,00
06.18.92.605	asta parte superiore per gomito cinematico	€ 432,00
06.18.92.608	sostituzione del meccanismo di arresto	€ 354,50
06.18.92.611	revisione del meccanismo di arresto	€ 64,00
06.18.92.614	carter per gomito cinematico	€ 271,20
06.18.92.617	gomito: asta dentata e particolari del bloccaggio	€ 446,00
06.18.92.620	sostituzione del gomito elettrico completo	€ 5.109,70
06.18.92.623	motore e primo riduttore per gomito elettrico	€ 1.122,60
06.18.92.626	intra ed extra rotazione con frizione per gomito elettrico	€ 567,20
06.18.92.629	gomito elettrico: meccanismo interno	€ 668,20
06.18.92.632	gomito elettrico: sostituzione dei due motori	€ 434,00
06.18.92.635	gomito elettrico: elementi di bloccaggio avambraccio per gomito elettrico	€ 857,20
06.18.92.638	involucro estetico	€ 249,50
06.18.92.641	talaio esterno	€ 2.667,90
06.18.92.644	revisione totale del gomito elettrico	€ 167,40
06.18.92.647	cavi motore e micro per gomito elettrico	€ 199,80
06.18.92.650	avambraccio completo per protesi di braccio	€ 1.069,00
06.18.92.653	sostituzione	€ 1.616,00
06.18.92.656	adattamento	€ 168,40
06.18.92.659	bretellaggio semplice	€ 64,00
06.18.92.662	bretellaggio con trazione per la flessione-estensione del gomito	€ 219,80
06.18.92.665	bretellaggio completo	€ 233,80
06.18.92.668	spalla: articolazione a frizione	€ 752,90
06.18.92.671	spalla: revisione articolazione a frizione	€ 125,70
06.18.92.674	collegamento estetico gomito/spalla	€ 266,40
06.18.92.677	investitura su modello di gesso per patologie a livello della spalla	€ 1.687,00
06.18.92.680	con articolazione passiva di spalla e spalline	€ 1.895,60
06.18.92.683	con articolazione passiva dell'avambraccio	€ 1.780,00
06.18.92.686	rivestimento interno totale in materiale ipoallergenico	€ 131,90
06.18.92.689	batterie	€ 290,00
06.18.92.695	carica batteria	€ 350,00
06.18.92.701	revisione elettrodo per amplificatore e pilotaggio incorporato per comando mioelettrico	€ 815,00
06.18.92.707	revisione della parte terminale del circuito elettronico	€ 949,00
06.18.92.713	cavi di collegamento con connettori	€ 123,00
06.18.92.716	gruppo di raccordo con interruttore e presa per ricarica batteria	€ 176,10
06.18.92.719	cavi raccordo	€ 126,50

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.18.92.722	interruttore a trazione	€ 534,80
06.18.92.725	driver multicanale	€ 699,30
06.18.92.728	riparazione parziale driver multicanale	€ 259,10
06.18.92.731	porta spina coassiale	€ 151,70
06.18.92.734	spina coassiale	€ 219,40
06.18.92.737	macrointerruttore e microsensore per comando elettronico	€ 101,60
06.18.92.740	completo	€ 3.850,60
06.18.92.743	motoriduttore	€ 1.165,40
06.18.92.746	motore	€ 327,00
06.18.92.749	riduttore	€ 1.283,00
06.18.92.752	revisione	€ 167,40
06.18.92.755	bloccaggio con riduttore	€ 714,50
06.18.92.758	attacco rapido (parte mano)	€ 1.411,90
06.18.92.761	parte terminale per circuito elettrico	€ 770,70
06.18.92.764	porta spina coassiale	€ 168,50
06.18.92.767	elementi di presa con semicopertura in gomma	€ 797,70
06.18.92.770	tutti i rivestimenti in plastica	€ 346,50
06.18.92.773	telaio	€ 1.888,90
06.18.92.776	mano: torretta	€ 137,90
06.18.92.779	mano: copertura in plastica articolazione	€ 139,80
06.18.92.782	mano elettromeccanica miniaturizzata per bambino (misura della mano inferiore a mm 170 di circonferenza a livello delle teste metacarpi)	€ 4.500,00
06.18.92.785	mano elettrica per bambino: parte terminale del circuito elettrico	€ 1.130,70
06.18.92.788	mano elettrica per bambino: riparazione parziale della parte terminale del circuito elettrico	€ 720,60
06.24.03.003	dispositivo esoscheletrico definitivo normalmente con piede rigido senza gambale	€ 740,00
06.24.03.006	dispositivo esoscheletrico definitivo normalmente con piede rigido, con rialzo oltre cm. 2, senza gambale	€ 790,00
06.24.03.009	dispositivo esoscheletrico definitivo normalmente per amputazioni Lisfranc e/o Chopart, con piede rigido	€ 865,00
06.24.06.003	per amputazione Pirogoff e Syme, con piede rigido	€ 1.080,00
06.24.06.006	per amputazione Pirogoff e Syme, con piede articolato	€ 1.180,00
06.24.09.003	protesi transtibiale esoscheletrica (o tradizionale) senza cosciale, con eventuale cinturino soprarotuleo di sospensione, piede rigido	€ 1.200,00
06.24.09.006	protesi transtibiale esoscheletrica con cosciale articolato con allacciatura, rivestimento interno morbido in pelle, aste in acciaio, eventuale trazione elastica, copri asta ed articolazione in pelle, piede rigido	€ 1.610,00
06.24.09.009	protesi transtibiale esoscheletrica con cosciale alto fino alla radice della coscia, articolato con allacciatura, rivestimento interno morbido in pelle, aste in acciaio, con eventuale trazione elastica, copri asta ad articolazione in pelle, piede rigido	€ 1.650,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.09.012	protesi transtibiale esoscheletrica con cosciale alto fino alla radice della coscia ed appoggio ischiatico in cuoio, rivestimento interno morbido, aste in acciaio, con eventuale trazione elastica, copri asta ed articolazione in pelle, cuscino posteriore salva indumenti, trazione elastica biforcata, piede rigido	€ 1.800,00
06.24.09.015	protesi transtibiale esoscheletrica con cosciale alto fino alla radice della coscia ed appoggio ischiatico in resina, rivestimento interno morbido, aste in acciaio, con eventuale trazione elastica, copri asta ed articolazione in pelle, cuscino posteriore salva indumenti, trazione elastica biforcata, piede rigido	€ 2.025,00
06.24.09.018	protesi transtibiale esoscheletrica per ginocchio flessio, con cosciale articolato fino alla radice della coscia con allacciatura, rivestimento interno morbido in pelle, aste in acciaio, calotta di appoggio e protezione del ginocchio, piede rigido	€ 3.211,70
06.24.09.021	protesi per malformazione congenita o acquisita con appoggio al piede, con eventuale cinturino soprarotuleo, estetizzazione esterna laminata, piede rigido	€ 1.690,00
06.24.09.024	protesi per malformazione congenita o acquisita con appoggio tibiale, con eventuale cinturino soprarotuleo, sportello di ingresso, piede rigido	€ 1.780,00
06.24.09.027	protesi per malformazione congenita o acquisita con appoggio tibiale e cosciale articolato con allacciate, con sportello di ingresso, rivestimento interno morbido in pelle, copri asta ed articolazione in pelle, eventuale trazione elastica, piede rigido	€ 2.200,00
06.24.09.030	protesi transtibiale esoscheletrica da bagno (anche in acqua marina), senza cosciale, piede rigido	€ 1.460,00
06.24.09.033	protesi endoscheletrica temporanea per amputazione transtibiale con piede rigido	€ 1.200,00
06.24.09.036	protesi transtibiale endoscheletrica (o modulare) senza cosciale con moduli di acciaio	€ 3.524,00
06.24.09.039	protesi transtibiale endoscheletrica (o modulare) senza cosciale con moduli di acciaio	€ 3.500,00
06.24.09.042	protesi transtibiale endoscheletrica senza cosciale con moduli di titanio	€ 3.162,00
06.24.09.045	protesi transtibiale endoscheletrica (o modulare) da bagno (anche in acqua marina)	€ 3.245,00
06.24.12.003	protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio articolato in acciaio, piede rigido	€ 3.600,00
06.24.12.006	protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio articolato libero in lega leggera, moduli in titanio, piede rigido	€ 3.900,00
06.24.12.009	protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio articolato libero in titanio, moduli in titanio, piede rigido	€ 4.200,00
06.24.12.012	protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio con bloccaggio manuale in acciaio, moduli in acciaio, articolazione del piede in acciaio	€ 3.050,00
06.24.12.015	protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio con bloccaggio manuale in titanio, moduli in titanio, articolazione del piede in titanio	€ 4.500,00
06.24.12.018	protesi per disarticolazione di ginocchio, ginocchio polifunzionale, moduli in titanio, piede rigido	€ 5.300,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.15.009	protesi transfemorale esoscheletrica con invasatura a tenuta pneumatica, con o senza aderenza totale, ginocchio a freno automatico, piede rigido	€ 2.100,00
06.24.15.012	protesi transfemorale esoscheletrica con invasatura a tenuta pneumatica, con o senza aderenza totale, ginocchio policentrico, piede rigido	€ 2.600,00
06.24.15.015	protesi transfemorale esoscheletrica con invasatura a tenuta pneumatica, con o senza aderenza totale, ginocchio con bloccaggio manuale, piede articolato monoasse	€ 2.200,00
06.24.15.018	protesi transfemorale esoscheletrica da bagno (anche in acqua marina), con invasatura a tenuta pneumatica, con o senza aderenza totale, ginocchio con bloccaggio manuale, piede rigido	€ 2.150,00
06.24.15.021	protesi transfemorale esoscheletrica definitiva per patologie congenite o acquisite	€ 2.390,00
06.24.15.027	protesi transfemorale endoscheletrica con invasatura temporanea: con ginocchio monoasse con bloccaggio manuale in lega leggera, piede con articolazione monoasse in lega leggera, piede articolato	€ 2.800,00
06.24.15.030	protesi transfemorale endoscheletrica con invasatura temporanea: con ginocchio monoasse con bloccaggio manuale in titanio, piede con articolazione monoasse in titanio, piede articolato	€ 2.900,00
06.24.15.033	protesi transfemorale endoscheletrica con invasatura temporanea: con ginocchio pluriassale in titanio, piede rigido	€ 3.450,00
06.24.15.036	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio con freno automatico in titanio e moduli in titanio	€ 3.600,00
06.24.15.039	con ginocchio con freno automatico in acciaio e moduli in acciaio	€ 3.125,00
06.24.15.042	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio monocentrico con freno automatico con opzione bloccaggio manuale in titanio o lega leggera ad alta resistenza	€ 3.250,00
06.24.15.045	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio policentrico in acciaio e moduli in acciaio	€ 3.100,00
06.24.15.048	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio policentrico in titanio e moduli in titanio	€ 4.100,00
06.24.15.051	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio policentrico in fibra di carbonio e moduli in titanio	€ 7.895,30
06.24.15.054	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio monofunzionale idraulico o pneumatico in lega leggera e moduli in titanio	€ 4.961,30
06.24.15.057	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione associato a dispositivo pneumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza	€ 4.120,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.15.060	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio polifunzionale policentrico idraulico o pneumatico e moduli in titanio	€ 5.204,70
06.24.15.063	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio polifunzionale monocentrico con freno automatico associato a dispositivo pneumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza	€ 6.133,50
06.24.15.069	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio con bloccaggio manuale in acciaio, moduli e articolazione monoasse del piede in acciaio	€ 6.703,70
06.24.15.072	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio con bloccaggio manuale in titanio, moduli e articolazione monoasse del piede in titanio	€ 6.500,00
06.24.15.075	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio con bloccaggio manuale in lega leggera, moduli e articolazione monoasse del piede in lega leggera	€ 5.800,00
06.24.15.078	protesi transfemorale endoscheletrica, con invasatura ad aderenza totale e tenuta pneumatica: con ginocchio con bloccaggio manuale in fibra di carbonio o altre fibre poliamidiche, moduli e articolazione monoasse del piede in lega leggera	€ 6.500,00
06.24.15.081	protesi transfemorale endoscheletrica da bagno (anche in acqua marina)	€ 6.300,00
06.24.21.006	protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomy, con presa di bacino in resina, articolazione dell'anca regolabile in abduzione e flesso-estensione: con ginocchio policentrico in titanio o in leghe leggere ad alta resistenza, struttura tubolare in lega leggera ad alta resistenza o fibre ad alta resistenza con moduli di collegamento in titanio o in lega leggera ad alta resistenza (Ergal, Certal, cc.)	€ 8.200,00
06.24.21.012	protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomy, con presa di bacino in resina, articolazione dell'anca regolabile in abduzione e flesso-estensione: con ginocchio polifunzionale policentrico associato a dispositivo pneumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza, struttura tubolare in lega leggere ad alta resistenza o fibre ad alta resistenza con moduli di collegamento in titanio o in lega leggera ad alta resistenza con dispositivo idraulico o pneumatico in lega di titanio, in fibra ad alta resistenza o in lega leggera ad alta resistenza (Ergal, Certal, ecc.)	€ 9.300,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.21.024	protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomia, con presa di bacino in resina, articolazione dell'anca regolabile in abduzione e flesso-estensione: variante pediatrica con ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione associato a dispositivo idraulico in lega leggera, struttura tubolare in lega leggera con moduli di collegamento in titanio o in lega leggera	€ 4.700,00
06.24.21.027	protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomia, con presa di bacino in resina, articolazione dell'anca regolabile in abduzione e flesso-estensione: variante pediatrica con ginocchio policentrico in lega leggera, struttura tubolare in lega leggera con moduli di collegamento in titanio o in lega leggera	€ 5.000,00
06.24.21.030	protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomia, con ginocchio monocentrico con freno automatico con opzione bloccaggio manuale in titanio o lega leggera ad alta resistenza	€ 4.800,00
06.24.21.033	protesi endoscheletrica per disarticolazione dell'anca ed emipelvectomia, con ginocchio polifunzionale monocentrico a frizione associato a dispositivo preumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza	€ 5.200,00
06.24.91.103	piede articolato monoasse (T)	€ 374,70
06.24.91.106	piede articolato pluriasse (T)	€ 476,10
06.24.91.109	rivestimento in pelle del piede (T)	€ 126,00
06.24.91.112	piede articolato monoasse con articolazione in acciaio (M)	€ 270,00
06.24.91.115	piede articolato monoasse con articolazione in titanio (M)	€ 386,00
06.24.91.118	piede articolato monoasse con articolazione in lega leggera (M)	€ 300,00
06.24.91.121	piede articolato pluriasse (M)	€ 713,10
06.24.91.124	piede dinamico a restituzione d'energia per assistiti con livello di attività alto [K3 - K4] (M)	€ 2.625,00
06.24.91.127	piede con altezza tacco registrabile dall'assistito (M)	€ 2.450,00
06.24.91.203	anello completo con appoggio ischiatico, per protesi transtibiale, in resina portante su modello di gesso	€ 1.360,00
06.24.91.206	cosciale completo, per protesi transtibiale	€ 1.443,10
06.24.91.209	limitatore di estensione o flessione dell'articolazione del ginocchio	€ 262,50
06.24.91.212	bloccaggio dell'articolazione di entrambe le aste	€ 287,00
06.24.91.215	cuffia per protesi transtibiale, anche di scorta, realizzata su calco di gesso negativo e positivo preesistente in materiale morbido	€ 205,00
06.24.91.218	cuffia in gomma espansa	€ 180,00
06.24.91.221	cuffia in silicone	€ 362,00
06.24.91.224	cuffia in stirene, uretano, gel di silicone, gel polimerico a base di olio minerale con tessuto di rivestimento esterno	€ 575,00
06.24.91.227	cuffia in silicone trattato con ingredienti attivi per l'idratazione e l'elasticità della pelle	€ 481,00
06.24.91.230	cuffia in silicone specifica per dolori da arto fantasma per amputazione transfemorale e transtibiale	€ 390,00
06.24.91.233	appoggio terminale in silicone o altro materiale morbido per protesi transtibiale	€ 126,00
06.24.91.236	invasatura flessibile per protesi transtibiale (solo parte flessibile, senza telaio di sostegno aperto)	€ 750,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.91.239	invasatura di prova per protesi transtibiale	€ 217,00
06.24.91.242	ginocchiera in elastomero	€ 175,00
06.24.91.245	perno distale completo di meccanismo di ancoraggio alla protesi (M)	€ 250,00
06.24.91.248	sistema ipobarico passivo	€ 815,00
06.24.91.251	sistema ipobarico attivo (M)	€ 1.300,00
06.24.91.254	compensatore torsionale in elastomero (M)	€ 343,00
06.24.91.257	compensatore torsionale meccanico con frizione registrabile (M)	€ 97,80
06.24.91.260	dispositivo ad azione "shock absorber" (M)	€ 1.323,00
06.24.91.303	appoggio ischiatico per disarticolazione di ginocchio (M)	€ 263,00
06.24.91.306	cuffia per protesi per disarticolazione di ginocchio o transfemorale, anche di scorta, realizzata su calco di gesso negativo e positivo preesistente in gomma morbida (M)	€ 233,00
06.24.91.309	come sopra, in silicone (M)	€ 254,00
06.24.91.312	come sopra, in gel di silicone, in stirene, uretano, gel polimerico a base di olio minerale (M) con tessuto di rivestimento esterno	€ 417,00
06.24.91.315	invasatura flessibile per disarticolazione di ginocchio con telaio di sostegno aperto (M)	€ 900,00
06.24.91.318	cuffia per protesi transfemorale, anche di scorta, in silicone con anello/i (valvola) ipobarica (M)	€ 662,00
06.24.91.324	maggiorazione per perno distale completo di meccanismo di ancoraggio alla protesi (sostitutivo del sistema pneumatico classico, valvola e calze) (M)	€ 240,00
06.24.91.327	invasatura di prova quadrilaterale	€ 209,00
06.24.91.330	invasatura di prova a contenimento ischiatico (M)	€ 390,00
06.24.91.336	invasatura per protesi transfemorale, linea di taglio posteriore abbassata e alloggiamento del bacino spostato in avanti (m.a.s.)	€ 490,00
06.24.91.339	invasatura flessibile per protesi transfemorale (M)	€ 1.100,00
06.24.91.403	bretella doppia di sospensione (T)	€ 112,00
06.24.91.406	bretella semplice di sospensione (T)	€ 65,00
06.24.91.409	cintura con attacchi (T)	€ 130,00
06.24.91.412	corsetto armato modellato (T)	€ 169,00
06.24.91.415	fascia addominale modellata (T)	€ 124,90
06.24.91.418	trazione elastica anteriore (T)	€ 47,40
06.24.91.421	sospensione diagonale tipo Silesian (T)	€ 116,70
06.24.91.427	maggiorazione per protesi con articolazione del ginocchio per deformità congenita o acquisita (T)	€ 352,00
06.24.91.430	articolazione addizionale sbloccabile al cosciale/invasatura per protesi con moncone corto (M)	€ 672,70
06.24.91.433	mutandine per protesi per moncone corto (M)	€ 122,00
06.24.91.503	bloccaggio dell'articolazione dell'anca	€ 564,40
06.24.91.509	maggiorazione per protesi per disarticolazione d'anca per deformità congenita o acquisita (T)	€ 310,00
06.24.92.103	piede rigido per protesi endoscheletrica (comprensivo di perno filettato) (M)	€ 159,50
06.24.92.106	piede articolato (senza articolazione) (M)	€ 284,60
06.24.92.109	attacco di collegamento per piede rigido in acciaio (M)	€ 139,30
06.24.92.112	attacco di collegamento per piede rigido in titanio (M)	€ 83,00
06.24.92.115	attacco di collegamento per piede rigido in lega leggera (M)	€ 80,60

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.92.118	attacco di collegamento per piede articolato monoasse in acciaio (M)	€ 68,00
06.24.92.121	attacco di collegamento per piede articolato monoasse in titanio (M)	€ 183,00
06.24.92.124	attacco di collegamento per piede articolato monoasse in lega leggera (M)	€ 183,00
06.24.92.127	attacco di collegamento per piede articolato pluriasse in acciaio (M)	€ 204,50
06.24.92.130	attacco di collegamento per piede articolato pluriasse in titanio (M)	€ 253,00
06.24.92.133	attacco di collegamento per piede articolato pluriasse in lega leggera (M)	€ 235,80
06.24.92.136	perno filettato per piede rigido (M)	€ 11,80
06.24.92.139	ammortizzatore per piede di protesi endoscheletrica posteriore (M)	€ 5,10
06.24.92.142	ammortizzatore per piede di protesi endoscheletrica a culla per articolazione pluriassiale (M)	€ 14,80
06.24.92.145	ammortizzatore per piede di protesi esoscheletrica posteriore (T)	€ 5,10
06.24.92.148	ammortizzatore per piede di protesi esoscheletrica anteriore (T)	€ 5,00
06.24.92.151	ammortizzatore per piede di protesi esoscheletrica a culla per articolazione pluriassiale (T)	€ 18,60
06.24.92.154	piede rigido per protesi esoscheletrica senza perno filettato di fissaggio e senza parte malleolare (T)	€ 93,00
06.24.92.157	piede rigido per protesi esoscheletrica con perno filettato di fissaggio e con parte malleolare (T)	€ 204,00
06.24.92.160	piede articolato per protesi esoscheletrica monoasse senza snodo malleolare (T)	€ 128,50
06.24.92.163	piede articolato per protesi esoscheletrica monoasse con parte malleolare, snodo, ammortizzatore e guarnizioni (T)	€ 205,20
06.24.92.166	piede articolato per protesi esoscheletrica pluriassiale senza articolazione (T)	€ 162,10
06.24.92.169	piede articolato per protesi esoscheletrica pluriassiale con parte malleolare (T)	€ 211,90
06.24.92.172	guarnizione per articolazione malleolare (T)	€ 10,00
06.24.92.175	perno filettato per piede rigido (T)	€ 5,30
06.24.92.178	rivestimento dell'articolazione malleolare anteriore e posteriore (T)	€ 27,80
06.24.92.181	snodo malleolare (T)	€ 15,20
06.24.92.184	snodo malleolare pluriassiale (T)	€ 81,30
06.24.92.187	suoletta con avampiede	€ 74,20
06.24.92.190	cuneo calcaneare	€ 39,80
06.24.92.203	appoggio ischiatico in resina portante su modello di gesso	€ 294,00
06.24.92.206	cosciale con allacciature (stringa e occhielli) senza aste, con rivestimento interno in pelle di altezza normale	€ 199,30
06.24.92.209	come sopra, fino alla radice della coscia	€ 244,20
06.24.92.212	come sopra, con appoggio ischiatico in cuoio	€ 298,30
06.24.92.215	coscialino per invasatura ad appoggio totale	€ 53,80
06.24.92.218	pomello per coscialino (T)	€ 19,00
06.24.92.221	asta in acciaio articolata con cuscinetto a sfere completa (comprensivo dell'adattamento)	€ 146,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.92.224	asta in acciaio articolata con cuscinetto a sfere parte inferiore (comprensivo dell'adattamento)	€ 75,00
06.24.92.227	asta in acciaio articolata con cuscinetto a sfere parte superiore (comprensivo dell'adattamento)	€ 75,00
06.24.92.230	asta in acciaio articolata con cuscinetto a sfere e vite (comprensivo dell'adattamento)	€ 75,00
06.24.92.233	revisione bloccaggio dell'articolazione di entrambe le aste	€ 149,00
06.24.92.236	copriarticolazione in pelle	€ 9,00
06.24.92.239	copriasta e articolazione in pelle	€ 19,10
06.24.92.242	riadattamento del cosciale e relative aste	€ 73,60
06.24.92.245	trazione elastica anteriore semplice	€ 24,00
06.24.92.248	trazione elastica anteriore biforcata	€ 29,00
06.24.92.251	allacciatura: elemento mobile o fisso	€ 17,30
06.24.92.254	allacciatura: bretella di sospensione (T)	€ 34,00
06.24.92.257	allacciatura: attacco con fibbia	€ 14,30
06.24.92.260	allacciatura: cinghia	€ 11,00
06.24.92.263	allacciatura: sospensione a cinghia (T)	€ 17,30
06.24.92.266	cuffia realizzata su calco di gesso negativo e positivo preesistente o non preesistente in materiale morbido o gomma espansa	€ 233,60
06.24.92.269	come sopra, in silicone	€ 305,00
06.24.92.272	sostituzione cuffia di sospensione in silicone predisposta per protesi transtibiali con modalità di sospensione a filo, a perno o cushion; con rivestimento esterno	€ 215,00
06.24.92.275	sostituzione cuffia in stirene, uretano o in gel polimerico a base di olio minerale	€ 275,00
06.24.92.278	sostituzione cuffia con sistema ipobarico passivo	€ 370,00
06.24.92.281	sostituzione cuffia in silicone trattato con ingredienti attivi per l'idratazione e l'elasticità della pelle	€ 300,00
06.24.92.284	sostituzione ginocchiera semplice	€ 67,00
06.24.92.287	sostituzione ginocchiera in elastomero (M)	€ 136,00
06.24.92.290	sostituzione perno distale del sistema di sospensione (M)	€ 25,00
06.24.92.293	sostituzione compensatore torsionale in elastomero (M)	€ 252,30
06.24.92.296	sostituzione compensatore torsionale meccanico con frizione registrabile (M)	€ 509,20
06.24.92.299	sostituzione pompa "shock absorber" (M)	€ 448,00
06.24.92.302	adattamento invasatura	€ 72,00
06.24.92.305	attacco di collegamento all'invasatura in acciaio senza regolatore (M)	€ 111,10
06.24.92.308	attacco di collegamento all'invasatura in acciaio con regolatore (intra ed extra-rotazione) (M)	€ 121,00
06.24.92.311	attacco di collegamento all'invasatura in titanio senza regolatore (M)	€ 141,80
06.24.92.314	attacco di collegamento all'invasatura in titanio con regolatore (intra ed extra-rotazione) (M)	€ 183,00
06.24.92.317	attacco di collegamento all'invasatura in lega leggera senza regolatore (M)	€ 121,00
06.24.92.320	attacco di collegamento all'invasatura in lega leggera con regolatore (intra ed extra-rotazione) (M)	€ 155,00
06.24.92.323	invasatura transtibiale ad appoggio totale per protesi endoscheletrica (M)	€ 780,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.92.326	normale (T)	€ 464,00
06.24.92.329	per deformità, con appoggio tibiale (T)	€ 558,00
06.24.92.332	verniciatura interna dell'invasatura (T)	€ 84,80
06.24.92.335	struttura tubolare in lega leggera e modulo di collegamento in acciaio (M)	€ 114,00
06.24.92.338	struttura tubolare in lega leggera (in titanio o in fibra di carbonio) e modulo di collegamento in titanio (M)	€ 210,00
06.24.92.341	struttura tubolare in lega leggera e modulo di collegamento in lega leggera (M)	€ 195,10
06.24.92.344	revisione compensatore torsionale (M)	€ 61,40
06.24.92.347	laminazione in resina del gambale (T)	€ 180,00
06.24.92.350	parte malleolare con ristolizzazione del gambale con laminazione ed estetizzazione anatomica (T)	€ 227,30
06.24.92.353	rivestimento in espanso elastico ad estetizzazione anatomica (M)	€ 155,00
06.24.92.356	calzamaglia di rivestimento	€ 25,00
06.24.92.359	invasatura flessibile per protesi transtibiale (M)	€ 640,00
06.24.92.403	ginocchio policentrico monofunzionale con specifico adattatore per invasatura in titanio o leghe leggere ad alta resistenza	€ 1.015,00
06.24.92.406	ginocchio policentrico monofunzionale con opzione di bloccaggio manuale con specifico adattatore per invasatura in titanio o leghe leggere ad alta resistenza	€ 1.055,00
06.24.92.409	ginocchio policentrico in acciaio monofunzionale con specifico adattatore per invasatura in acciaio o leghe leggere a bassa resistenza	€ 1.432,80
06.24.92.412	ginocchio policentrico monofunzionale con opzione di bloccaggio manuale con specifico adattatore per invasatura in acciaio o leghe leggere a bassa resistenza	€ 885,00
06.24.92.415	ginocchio policentrico polifunzionale a controllo pneumatico o idraulico con specifico adattatore per invasatura in titanio o leghe leggere ad alta resistenza	€ 2.300,00
06.24.92.418	revisione per ogni tipo di ginocchio in acciaio / leghe leggere a bassa resistenza	€ 125,00
06.24.92.421	revisione per ogni tipo di ginocchio in titanio / leghe leggere ad alta resistenza	€ 125,00
06.24.92.424	revisione per ogni tipo di ginocchio polifunzionale in titanio / leghe leggere ad alta resistenza	€ 125,00
06.24.92.503	valvola con sede ad anello	€ 55,10
06.24.92.506	sola valvola	€ 16,50
06.24.92.509	valvola a vite con sede ad anello anche per invasatura flessibile (M)	€ 102,00
06.24.92.512	smontaggio e rimontaggio cosciale (T)	€ 33,30
06.24.92.515	adattamento invasatura (T)	€ 148,00
06.24.92.518	attacchi per bretella doppia (T)	€ 14,80
06.24.92.521	bottoni con piastrina per sospensione laterale (T)	€ 15,40
06.24.92.524	bretella di sospensione semplice (T)	€ 28,00
06.24.92.527	bretella di sospensione doppia (T)	€ 23,10
06.24.92.530	carrucola con piastrina di trazione (T)	€ 34,50
06.24.92.533	cinghia per sospensione laterale (T)	€ 19,80
06.24.92.536	cintura bassa cm. 4 o più (T)	€ 28,80
06.24.92.539	cintura alta cm. 8 o più (T)	€ 60,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.92.542	corsetto armato modellato di sospensione (T)	€ 78,00
06.24.92.545	cuscinetto posteriore di protezione indumenti (T)	€ 32,60
06.24.92.548	estetizzazione in espanso elastico (T)	€ 198,00
06.24.92.551	estetizzazione anatomica (solo per donna) (T)	€ 130,10
06.24.92.554	fascia addominale modellata cm. 12 o più (T)	€ 130,10
06.24.92.557	fascia addominale modellata per protesi bilaterale (T)	€ 118,30
06.24.92.560	fodera cosciale (T)	€ 118,70
06.24.92.563	ginocchio completo di polpaccio con meccanismo di bloccaggio (T)	€ 328,00
06.24.92.566	ginocchio completo di polpaccio con meccanismo a freno automatico (T)	€ 390,00
06.24.92.569	ginocchio completo di polpaccio con meccanismo a frizione (T)	€ 361,00
06.24.92.572	ginocchio completo di polpaccio con meccanismo monoasse (T)	€ 224,00
06.24.92.575	ginocchio completo di polpaccio con meccanismo policentrico (T)	€ 287,00
06.24.92.578	revisione per ogni tipo di ginocchio (T)	€ 76,30
06.24.92.581	invasatura con ristolizzazione del cosciale senza laminazione su calco di gesso: tipo tradizionale (T)	€ 313,00
06.24.92.584	invasatura con ristolizzazione del cosciale senza laminazione su calco di gesso: tipo a tenuta pneumatica (T)	€ 426,00
06.24.92.587	invasatura con ristolizzazione del cosciale senza laminazione su calco di gesso: tipo ad aderenza totale (T)	€ 426,00
06.24.92.590	invasatura con ristolizzazione del cosciale senza laminazione su calco di gesso: per deformità con appoggio ischiatico (T)	€ 436,00
06.24.92.593	laminazione di resina cosciale (T)	€ 204,60
06.24.92.596	laminazione di resina gambale (T)	€ 179,10
06.24.92.599	mutandina per moncone corto (T)	€ 173,50
06.24.92.602	parte malleolare con ristolizzazione del gambale senza laminazione (T)	€ 203,80
06.24.92.605	piastrina con levetta per comando arresto (T)	€ 37,30
06.24.92.608	rinforzo al cosciale con ricopertura parziale di resina (T)	€ 88,80
06.24.92.611	rinforzo al gambale con ricopertura parziale di resina (T)	€ 88,80
06.24.92.614	stilizzazione cosciale (T)	€ 90,00
06.24.92.617	stilizzazione gambale (T)	€ 90,00
06.24.92.620	tirante per comando arresto (T)	€ 13,10
06.24.92.623	trazione per carrucola (T)	€ 27,80
06.24.92.626	trazione elastica anteriore (T)	€ 34,30
06.24.92.629	maggiorazione per protesi da bagno (anche in acqua marina) (T)	€ 294,00
06.24.92.632	verniciatura interna del cosciale (T)	€ 75,10
06.24.92.703	attacco di collegamento all'invasatura in acciaio senza regolatore di intra extra rotazione (M)	€ 87,00
06.24.92.706	attacco di collegamento all'invasatura in acciaio con regolatore di intra extra rotazione (M)	€ 103,00
06.24.92.709	attacco di collegamento all'invasatura in titanio senza regolatore di intra extra rotazione (M)	€ 127,00
06.24.92.712	attacco di collegamento all'invasatura in titanio con regolatore di intra extra rotazione (M)	€ 209,00
06.24.92.715	calotta terminale per rivestimento in materiale morbido predisposto per piede rigido (M)	€ 43,80
06.24.92.718	calotta terminale per rivestimento in materiale morbido predisposto per piede articolato (M)	€ 53,80

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.92.721	calzamazgia di rivestimento (M)	€ 32,00
06.24.92.724	ginocchio monocentrico con bloccaggio manuale in acciaio o leghe leggere a bassa resistenza con connessione piramidale (M)	€ 744,80
06.24.92.727	ginocchio monocentrico con bloccaggio manuale in titanio o in lega leggera ad alta resistenza con connessione piramidale (M)	€ 1.100,80
06.24.92.730	ginocchio monocentrico con freno automatico in acciaio o leghe leggere a bassa resistenza con connessione piramidale (M)	€ 1.131,90
06.24.92.733	ginocchio monocentrico con freno automatico in titanio o in lega leggera ad alta resistenza con connessione piramidale (M)	€ 1.854,20
06.24.92.736	ginocchio monocentrico con freno automatico con opzione bloccaggio manuale in titanio o in lega leggera ad alta resistenza con connessione piramidale (M)	€ 1.893,20
06.24.92.739	ginocchio monocentrico polifunzionale con freno automatico associato a dispositivo pneumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza con connessione piramidale (M)	€ 2.641,00
06.24.92.742	ginocchio policentrico in acciaio o leghe leggere a bassa resistenza con connessione piramidale (M)	€ 1.389,30
06.24.92.745	ginocchio policentrico in titanio o lega leggera ad alta resistenza con connessione piramidale (M)	€ 1.899,00
06.24.92.748	ginocchio policentrico con opzione bloccaggio manuale in titanio o lega leggera ad alta resistenza (M)	€ 1.946,50
06.24.92.751	ginocchio policentrico polifunzionale associato a dispositivo pneumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza (M)	€ 2.062,00
06.24.92.754	ginocchio policentrico polifunzionale a frizione associato a dispositivo pneumatico o idraulico in titanio o lega leggera ad alta resistenza (M)	€ 2.228,60
06.24.92.757	revisione per ogni tipo di ginocchio in acciaio / leghe leggere a bassa resistenza	€ 77,00
06.24.92.760	revisione per ogni tipo di ginocchio in titanio / leghe leggere ad alta resistenza	€ 77,00
06.24.92.763	revisione per ogni tipo di ginocchio polifunzionale in titanio / leghe leggere ad alta resistenza	€ 77,00
06.24.92.766	come sopra, a tenuta pneumatica (M)	€ 704,00
06.24.92.769	come sopra, ad aderenza totale (M)	€ 704,00
06.24.92.772	rifacimento invasatura transfemorale con geometria ad ischio immerso a tenuta pneumatica e aderenza totale	€ 750,00
06.24.92.775	invasatura per deformità congenita o acquisita (M)	€ 832,00
06.24.92.778	rivestimento in espanso elastico ad estetizzazione anatomica (M)	€ 255,00
06.24.92.781	anello in tessuto per sospensione del rivestimento elastico (M)	€ 37,30
06.24.92.784	anello in silicone od altro materiale morbido con appoggio ischiatico per sola invasatura ad aderenza totale (M)	€ 212,60
06.24.92.787	rivestimento totale con appoggio terminale in silicone per sola invasatura ad aderenza totale (M)	€ 233,00
06.24.92.790	riduzione volumetrica dell'invasatura con laminazione interna (M)	€ 200,00
06.24.92.811	meccanismo di ancoraggio per gancio terminale cuffia (M)	€ 155,00
06.24.92.814	sostituzione cuffia di sospensione in silicone predisposta per protesi transfemorali/disarticolazione ginocchio con modalità di sospensione a filo e/o perno; con rivestimento esterno	€ 381,00
06.24.92.817	sostituzione cuffia con sistema ipobarico passivo con valvola	€ 490,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.24.92.820	sostituzione cuffia in stirene, uretano, gel polimerico a base di olio minerale	€ 262,00
06.24.92.823	sostituzione cuffia in silicone trattato con ingredienti attivi per l'idratazione e l'elasticità della pelle	€ 387,00
06.24.92.826	rifacimento invasatura flessibile per protesi transfemorale (M)	€ 530,30
06.24.92.903	smontaggio e rimontaggio della presa di bacino (T)	€ 72,00
06.24.92.906	articolazione all'anca libera (T)	€ 644,50
06.24.92.909	articolazione all'anca libera, con bloccaggio (T)	€ 720,00
06.24.92.912	appoggio terminale in materiale morbido (T)	€ 195,30
06.24.92.915	allacciatura per presa di bacino: elemento mobile o fisso (M)	€ 19,00
06.24.92.918	bloccaggio all'anca	€ 210,00
06.24.92.921	sostituzione dell'articolazione dell'anca in titanio o in leghe leggere ad alta resistenza regolabile in abduzione/adduzione, flessione/estensione e intra/extra/rotazione	€ 980,00
06.24.92.942	revisione per tutti i tipi di articolazione (M)	€ 75,00
06.33.05.003	calzatura per patologie complesse, costruita su misura	€ 460,00
06.33.05.006	calzatura con avampiede, costruita su misura:: bassa	€ 355,00
06.33.05.009	calzatura con avampiede, costruita su misura: alta	€ 441,90
06.33.21.003	calzatura di accompagnamento, costruita su misura: bassa	€ 319,60
06.33.21.006	calzatura di accompagnamento, costruita su misura: alta	€ 340,10
06.33.07.003	calzatura per plantare, costruita su misura: bassa	€ 366,40
06.33.07.006	calzatura per plantare, costruita su misura: alta	€ 378,80
06.33.15.003	calzatura con forti rigidi o semirigidi, costruita su misura: alta	€ 494,90
06.33.18.003	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo fino a cm 2: bassa	€ 320,00
06.33.18.006	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo fino a cm 2: alta	€ 340,00
06.33.18.009	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo da cm 2,1 a cm 4: bassa	€ 350,00
06.33.18.012	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo da cm 2,1 a cm 4: alta	€ 365,00
06.33.18.015	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo da cm 4,1 a cm 8: bassa	€ 380,00
06.33.18.018	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo da cm 4,1 a cm 8: alta	€ 410,00
06.33.18.021	calzatura con rialzo, costruita su misura: con rialzo oltre 8 cm alta	€ 440,00
06.33.21.009	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: per tutore o protesi normoforme: bassa	€ 355,20
06.33.21.012	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: per tutore o protesi normoforme: alta	€ 354,90
06.33.21.015	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: per tutore o protesi per amputazione di piede o malformazione: bassa	€ 334,90
06.33.21.018	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: per tutore o protesi per amputazione di piede o malformazione: alta	€ 364,30
06.33.21.021	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: con rialzo al tutore fino a cm 2: bassa	€ 320,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.33.21.024	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: con rialzo al tutore fino a cm 2: alta	€ 320,00
06.33.21.027	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: con rialzo al tutore da cm 2,1 a cm 4: bassa	€ 345,00
06.33.21.030	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: con rialzo al tutore da cm 2,1 a cm 4: alta	€ 365,00
06.33.21.033	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: con rialzo al tutore o protesi da cm 4,1 a cm 8 alta	€ 380,00
06.33.21.036	calzatura di rivestimento ad un tutore o a una protesi, costruita su misura: con rialzo al tutore o protesi oltre cm 8 alta	€ 410,00
06.33.91.103	traforatura della tomaia	€ 14,80
06.33.91.106	fodera in tessuto tecnologico morbido, depressibile e modellabile	€ 28,30
06.33.91.109	tomaia in materiale sintetico lavabile o pellame resistente per calzatura da lavoro	€ 57,80
06.33.91.112	puntale anti-infortunistica	€ 56,80
06.33.91.115	stivale addizionale alla calzatura ortopedica	€ 185,40
06.33.91.118	tomaia più alta del normale, da cm 15 fino a cm 25	€ 39,20
06.33.91.121	forte con armatura metallica o in resina	€ 51,70
06.33.91.124	imbottitura di compenso per stivale	€ 60,00
06.33.91.127	suola e tacco antisdrucchiolo	€ 1,00
06.33.91.130	suola e tacco "carro armato"	€ 41,90
06.33.06.133	guardolo oltre 5 mm	€ 13,00
06.33.91.136	mezza suola antisdrucchiolo	€ 10,30
06.33.91.139	doppia suola all'avampiede	€ 27,80
06.33.91.142	modello e lavorazione da montagna in anfibio con doppio fondo	€ 47,70
06.33.91.145	speronatura alla suola e prolungamento al tacco	€ 16,00
06.33.91.148	zeppa alla suola e al tacco	€ 64,70
06.33.06.151	suola e puntale anti-infortunistica	€ 83,10
06.33.92.103	rimonta della tomaia	€ 45,40
06.33.92.106	smontaggio e rimontaggio del tacco	€ 15,40
06.33.06.109	applicazione del sopratacco	€ 7,00
06.33.92.112	attacco molla esterna di Codivilla (escluso molla)	€ 30,00
06.33.92.115	risuolatura parziale (sostituzione della mezza suola fino a livello dei metatarsi e del solo sopratacco)	€ 19,70
06.33.92.118	risuolatura totale (sostituzione della suola fin sotto alla parte anteriore del tacco e del solo sopratacco)	€ 44,00
06.30.21.003	due protesi in vetro per tutte le cavità anoftalmiche	€ 225,20
06.30.21.009	due protesi a guscio in vetro per ricoprimento di bulbi subatrofici o per cavità anoftalmiche insufficienti	€ 315,30
06.30.21.015	in vetro mobile per interventi speciali, pedunculata o per endoprotesi	€ 326,50
06.30.21.021	una protesi in resina	€ 1.157,30
06.30.21.024	a guscio in resina da calco/rilievo oculare per odontocheratoprotesi	€ 1.157,30
06.30.21.027	in resina a guscio per ricoprimento di bulbo subatrofico e/o per cavità insufficienti	€ 1.157,30
06.30.21.030	in resina mobile per interventi speciali, pedunculata o per endoprotesi	€ 1.157,30

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
06.30.21.036	una lente sclerale cosmetica da calco/rilievo oculare per cornee leucomatizzate per occhio deviato o strabico	€ 1.157,30
06.30.21.039	una lente sclerale cosmetica da calco/rilievo oculare con potere diottrico incorporato	€ 1.157,30
06.30.90.045	impostazione cavitaria per protesi oculare (in caso di prima fornitura o di modifica della precedente per la serie di protesi in vetro e per protesi in resina)	€ 220,00
06.30.90.048	impostazione sclerale o bulbare per protesi oculare (in caso di prima fornitura o di modifica della precedente per la serie di protesi in vetro e per protesi in resina)	€ 200,00
22.03.90.118	realizzazione di foro/i di ventilazione per la lente sclerale	€ 27,00
22.03.90.121	operazione di canalizzazione per la lente sclerale	€ 39,30
22.03.06.009	da -2 a -8 sferica diametro 65	€ 33,80
22.03.06.012	da -8.25 a -10 sferica diametro 65	€ 36,60
22.03.06.015	da -10.25 a -20 sferica diametro 60	€ 45,00
22.03.06.018	da -20.25 a -23.00 sferica diametro 60	€ 50,70
22.03.06.021	oltre le 23 diottrie, per ogni diottria	€ 5,10
22.03.06.024	da +4 a +6 sferica diametro 60 oppure 65	€ 33,80
22.03.06.027	da +6.25 a +8 sferica diametro 60 oppure 65	€ 39,40
22.03.06.030	da +8.25 a +10 sferica diametro 60	€ 45,00
22.03.06.036	da 0 a +/-6 sferica diametro 60 oppure 65	€ 8,20
22.03.06.039	da +/-6.25 a +/-8 sferica diametro 60 oppure 65	€ 21,90
22.03.06.042	da +/-8.25 a +/-12 sferica diametro 60	€ 41,70
22.03.06.045	sfera da 0 a +/-6 torica fino a 2 diametro 60 oppure 65	€ 8,20
22.03.06.048	sfera da +/-6.25 a +/-8 cilindro fino a 2 torica diametro 60 oppure 65	€ 21,90
22.03.06.051	sfera da +/-8.25 a +/-12 cilindro fino a 2 torica diametro 60	€ 45,00
22.03.06.054	sfera da 0 a +/-6 cilindro fino a 4 torica diametro 60 oppure 65	€ 19,70
22.03.06.057	sfera da +/-6.25 a +/-8 cilindro fino a 4 torica diametro 60	€ 21,90
22.03.06.060	sfera da +/-8.25 a +/-12 cilindro fino a 4 torica diametro 60	€ 53,50
22.03.06.063	sfera da 0 a +/-6 cilindro fino a 6 torica diametro 60 oppure 65	€ 38,20
22.03.06.066	sfera fino a +16	€ 55,00
22.03.06.069	sfera fino a +20	€ 55,00
22.03.06.072	sfera fino a +20 cilindro +2	€ 55,00
22.03.06.075	sfera fino a +20 cilindro +4	€ 75,90
22.03.06.078	oltre 20, per ogni diottria	€ 5,10
22.03.06.081	sfera fino a +16	€ 50,00
22.03.06.084	sfera fino a +16 cilindro a +2	€ 50,00
22.03.06.087	sfera fino a +16 cilindro a +4	€ 68,00
22.03.06.090	oltre +16 per ogni diottria	€ 11,30
22.03.06.093	asferica lenticolare o a campo totale per appaiamento peso	€ 22,50
22.03.06.096	da 0 a +/-4.00 sferica diametro 65	€ 16,90
22.03.06.099	da +/-4.25 a +/-8.00 sferica diametro 65	€ 38,90
22.03.06.102	da 0 a +/-2.00 sferica cilindro fino a 2 diametro 65	€ 16,90
22.03.06.105	da +/-2.25 a +/-4.00 sferica cilindro fino a 2 diametro 65	€ 16,90
22.03.06.108	da +/-4.25 a +/-8.00 sferica cilindro fino a 2 diametro 65	€ 38,90
22.03.06.111	in vetro minerale da 1,5 a 4	€ 180,10
22.03.06.114	in plastica da 1,5 a 6	€ 185,80
22.03.06.117	per appaiamento peso in vetro minerale o plastica	€ 68,80

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
22.03.06.120	montatura per lenti infrangibili a protezione e difesa dell'occhio controlaterale superstite e/o con appoggio per ptosi	€ 38,30
22.03.06.123	montatura tipo per lenti oftalmiche	€ 35,00
22.03.06.126	montatura tipo per prismatiche	€ 40,00
22.03.06.129	montatura tipo per cannocchiali	€ 40,00
22.03.06.132	montature tipo per filtri	€ 35,00
22.03.06.135	montature tipo per sistemi aplanatici	€ 40,00
22.03.06.303	rigida sferica: codice specifico ISO 8320 2.43	€ 112,60
22.03.06.306	rigida sferica con flange toriche: codice specifico ISO 8320 2.54	€ 80,00
22.03.06.309	rigida torica (interna o esterna): codice specifico ISO 8329 2.53	€ 83,00
22.03.06.312	rigida bitorica: codice specifico ISO 8320 2.8	€ 110,00
22.03.06.315	gas permeabile sferica: codice specifico ISO 8320 8320 2.44	€ 74,50
22.03.06.318	gas permeabile sferica a flange toriche: codice specifico ISO 8320 2.44 e ISO 8320 2.54	€ 90,00
22.03.06.321	gas permeabile torica (interna o esterna): codice specifico ISO 8320 8320 2.44 e ISO 8320 2.53	€ 92,00
22.03.06.324	gas permeabile (rossa) - (per stimolazione maculare e retinopatia a forte assorbenza delle radiazioni blu e UV nocive): codice specifico EN ISO 8321-1:1996	€ 70,00
22.03.06.327	gas permeabile per afachia - (a forte assorbenza di radiazioni blu e UV nocive): codice specifico EN ISO 8321-2:1996	€ 70,00
22.03.06.330	idrofila sferica: codice specifico ISO 8320 2.27	€ 59,00
22.03.06.333	idrofila torica: codice specifico ISO 8320 2.27 e ISO 8320 2.53	€ 75,00
22.03.06.336	idrofila cosmetica (solo per assistiti con leucomi corneali, deturpazioni corneali, iridectomie, aniridie anche con occhio controlaterale sano): codice specifico ISO 8320 4.32	€ 130,00
22.03.06.339	idrofila cosmetica (con potere diottrico incorporato per assistiti con iridectomie totali o parziali, aniridia, albinismo, deturpazioni corneali anche con occhio controlaterale sano): codice specifico ISO 8320 4.3	€ 150,00
22.03.06.342	idrofila anti UV	€ 60,00
22.03.06.345	al silicone (solo per assistiti con afachia da cataratta congenita o traumatica) mono o bilaterale	€ 78,00
22.03.06.348	terapeutica neutra: codice specifico ISO 8320 2.51	€ 20,00
22.03.06.351	protettiva: codice specifico ISO 8320 2.5	€ 20,00
22.03.06.354	composita o "ibrida": codice specifico ISO 8320 2.12	€ 115,00
22.03.06.357	sclero-corneale da calco/rilievo oculare (RGP): codice specifico ISO 8320 7.3	€ 844,40
22.03.06.360	lente a contatto morbida spessorata in silicone hydrogel (a maggiore permeabilità e trasmissibilità)	€ 200,00
22.03.06.363	sclero-corneale preformata gas permeabile (lente sclerale non da calco/rilievo oculare la cui parte posteriore è di forma predeterminata): codice specifico ISO 8320 7.6	€ 844,40
22.03.06.369	sclero-corneale cosmetica (da calco/rilievo oculare con potere diottrico incorporato): codice specifico ISO 8320 4.33	€ 844,40
22.03.09.003	lenti a doppietto acromatico ingrandenti	€ 30,00
22.03.09.006	sistema ingrandente aplanatico monocolare	€ 135,00
22.03.09.009	sistema ingrandente microscopico binocolare (o ipercorrettivo prismatico binocolare)	€ 195,00
22.03.12.103	monocolare lontano galileiano	€ 159,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
22.03.12.106	binoculare lontano galileiano	€ 250,00
22.03.12.109	monoculare lontano kepleriano	€ 168,00
22.03.12.112	binoculare lontano kepleriano	€ 270,00
22.03.12.115	monoculare autoilluminante galileiano	€ 210,00
22.03.12.118	monoculare vicino galileiano	€ 159,00
22.03.12.121	binoculare vicino galileiano	€ 250,00
22.03.12.124	monoculare vicino kepleriano	€ 168,00
22.03.12.127	binoculare vicino kepleriano	€ 270,00
22.03.90.027	individuazione e applicazione delle lenti e dei filtri UV bloccanti (e addestramento all'uso)	€ 8,50
22.03.90.030	individuazione e applicazione delle LAC, prismatiche e dei cannocchiali (e addestramento all'uso)	€ 16,90
22.03.90.033	filtro prismatico press-on da 0.5 - 1 - 1.5 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 10 - 12 - 15 - 20 - 25 - 30 da applicare a lente per occhiali	€ 27,00
22.03.90.036	trattamento termoindurente della lente per occhiali in materiale plastico (organico)	€ 8,50
22.03.90.039	colorazione o smerigliatura della lente per occhiali	€ 5,10
22.03.90.042	trattamento antiriflesso multistrato della lente per occhiali	€ 16,90
22.03.90.103	foro o fori di ventilazione (codice specifico ISO 8320 2.2.1) per lente a contatto	€ 19,70
22.03.90.106	prisma di bilanciamento (codice specifico ISO 8320 2.3.7) per lente a contatto	€ 19,70
22.03.90.109	canalizzazione (codice specifico ISO 8320 2.1.2) per lente a contatto sclerale	€ 39,40
22.03.90.112	sterilizzazione e rigenerazione (codice specifico ISO 8320) per lente a contatto idrofila	€ 11,80
22.03.90.115	formazione di nuova curva di transizione (codice specifico ISO 8320 2.1.0) per lente a contatto	€ 11,80
06.30.91.045	protesi oculare provvisoria non personalizzata, in vetro	€ 67,60
06.30.91.048	protesi oculare provvisoria non personalizzata, in resina	€ 298,00
22.03.06.138	montatura per lenti infrangibili a protezione e difesa dell'occhio controlaterale superstite e/o con appoggio per ptosi	€ 38,30
22.03.06.203	lente oftalmica prismatica per innalzamento o abbassamento dell'occhio con protesi per completare l'aspetto estetico della persona e fornire contestualmente la protezione a difesa dell'occhio controlaterale sano e integro	€ 20,30
22.03.06.403	lente oftalmica positiva o negativa per ingrandire (o ridurre) l'immagine della protesi oculare inserita volta a migliorare l'estetica e la simmetria del volto	€ 15,00
22.03.90.003	lente per occhiali; eventuale correzione cilindrica: tra 0.25 e 2	€ 7,30
22.03.90.006	lente per occhiali; eventuale correzione cilindrica: tra 2.25 e 4	€ 17,70
22.03.90.009	lente per occhiali; eventuale correzione cilindrica: tra 4.25 e 6	€ 18,00
22.03.90.012	lente per occhiali; eventuale correzione cilindrica: tra 6.25 e 8	€ 18,00
22.03.90.015	lente per occhiali; eventuale correzione prismatica: fino a 5.50 diottrie prismatiche in plastica	€ 18,00
22.03.90.018	lente per occhiali; eventuale correzione prismatica: fino a 10.50 diottrie prismatiche in plastica	€ 20,30
12.27.04.003	base di mobilità basculante per sistemi di postura modulare o per sedute o sistemi di seduta costruite su misura	€ 1.700,00

CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA
12.27.04.006	base di mobilità basculante per esterni (per assistiti in età evolutiva) per sistemi di postura modulare o per sedute o sistemi di seduta costruite su misura	€ 1.700,00
12.27.91.021	schienale regolabile in inclinazione, per base di mobilità	€ 335,00
12.27.91.024	sedile rigido, per base di mobilità	€ 167,00
12.27.91.027	cinghia pettorale imbottita	€ 130,00
12.27.91.030	cinghia a 45° sul bacino con fissaggio al telaio e sistema di tensionamento	€ 130,00
12.27.91.033	cinghia a bretellaggio imbottita	€ 130,00
12.27.91.036	appoggiatesta imbottito, regolabile in altezza, profondità ed angolazione	€ 455,60
12.27.91.039	appoggiagambe a contenimento laterale regolabile	€ 175,00
12.27.91.051	tavolino (anche di materiale trasparente) con incavo avvolgente e bordi, regolabile in altezza e inclinazione	€ 280,00
18.09.21.009	modulo posturale per capo	€ 421,90
18.09.21.012	modulo posturale per bacino	€ 980,00
18.09.21.015	modulo posturale per tronco	€ 980,00
18.09.21.018	modulo posturale per tronco/bacino (in un unico blocco)	€ 1.960,00
18.09.21.021	modulo posturale per arto inferiore (singolo)	€ 290,00
18.09.21.024	modulo posturale per arto superiore (singolo)	€ 235,00
18.09.90.948	assemblaggio dei sistemi di seduta costruite su misura o moduli posturali (codici 18.09.21.009 - 012 - 015 - 018 - 021) alla base di mobilità basculante, regolazione degli assetti e personalizzazione del sistema di seduta come da prescrizione specialistica	€ 110,00
18.09.90.951	assemblaggio dei sistemi di seduta costruite su misura o moduli posturali (codici 18.09.21.009 - 012 - 015 - 018 - 021) alle carrozzina manuali, regolazione degli assetti e personalizzazione del sistema di seduta come da prescrizione specialistica	€ 149,80
18.09.90.954	assemblaggio dei sistemi di seduta costruite su misura o moduli posturali (codici 18.09.21.009 - 012 - 015 - 018 - 021) alla carrozzina elettronica, regolazione degli assetti e personalizzazione del sistema di seduta come da prescrizione specialistica	€ 149,80



Ministero della Salute

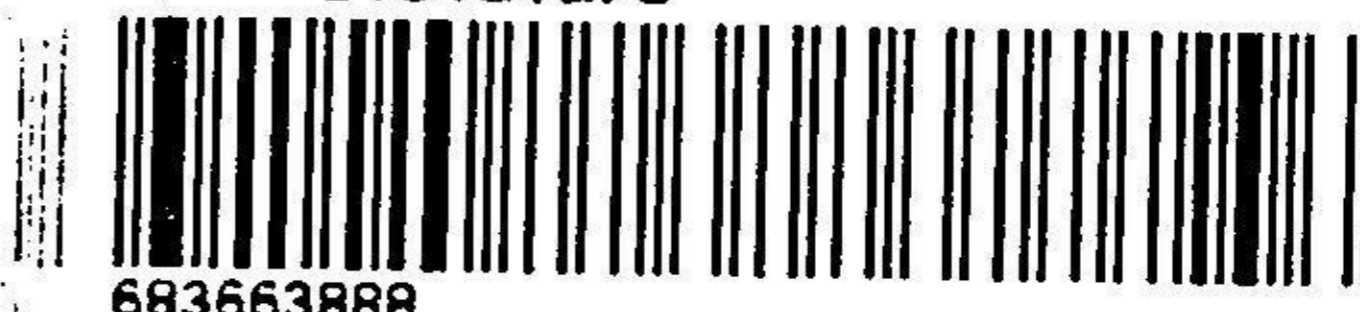
UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0015756-P-05/11/2024

I.5.a.a/3



683663888

Al Segretario della Conferenza permanente
per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le
Province autonome di Trento e Bolzano
Cons. Paola D'Avena

Al Segretario generale della Conferenza
delle Regioni e delle Province autonome di
Trento e Bolzano
Avv. Alessia Grillo

e, p.c.

Al Capo del Dipartimento della
programmazione, dei dispositivi medici,
del farmaco e delle politiche in favore del
Servizio sanitario nazionale del Ministero
della Salute
Prof. Francesco Mennini

Al Direttore della ex Direzione generale
della programmazione sanitaria
Prof. Americo Cicchetti

OGGETTO: Decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di modifica del decreto interministeriale 23 giugno 2023 e successive modifiche, recante definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, ai sensi dell'art. 8-sexies, commi 5 e 7 del d.lgs. n. 502 del 1992

Si trasmette, in allegato, il provvedimento in oggetto con la richiesta di una seduta straordinaria della Conferenza Stato Regioni considerando l'urgenza dell'entrata in vigore entro il 1° dicembre 2024.

Si specifica che sul provvedimento è stato acquisito il parere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali in data 28 ottobre 2024 e il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze in data 5 novembre 2024 ai sensi dell'articolo 64, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.

Nel ringraziare, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

IL CAPO DI GABINETTO
Dott. Marco Mattei



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE, DEI DISPOSITIVI MEDICI,
DEL FARMACO E DELLE POLITICHE IN FAVORE DEL
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Ex Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Relazione tecnica

A) ASSISTENZA SPECIALISTICA

1) Contesto

1.1 Il quadro normativo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Dal previgente al nuovo nomenclatore

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

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

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

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

1.3 Nuovo nomenclatore e nuove tariffe

L'applicazione delle tariffe al nuovo nomenclatore comprende sia la revisione delle tariffe delle prestazioni già comprese nel previgente nomenclatore, sia la valorizzazione delle prestazioni di nuovo inserimento. Gli interventi di innovazione e di riorganizzazione rispetto al previgente nomenclatore hanno portato a una ridotta biunivocità di corrispondenze tra le vecchie e le nuove prestazioni. **Per questo motivo, ai fini della valutazione di impatto, la nuova valorizzazione non può essere messa a confronto con quella riferita al DM 18.10.2012.**

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

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

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

3

1.4 Valutazione dell'impatto economico dei nuovi LEA

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

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

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

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

2.1 L'approccio metodologico

L'impatto economico viene stimato attraverso la differenza tra il valore osservato delle prestazioni erogate nel 2022 e il valore simulato delle prestazioni erogabili dal SSN a seguito dell'introduzione del nuovo nomenclatore della specialistica ambulatoriale e del corrispondente sistema tariffario. La fonte dei dati è costituita dal flusso informativo nazionale Tessera Sanitaria delle prestazioni ambulatoriali.

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

4

2.2 Sistema di classificazione delle prestazioni

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

Tab. 2 - Classificazione delle prestazioni ambulatoriali Fa-Re

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

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

Inoltre, i pacchetti di chemioterapia, presenti in alcune regioni (tra cui la regione Lombardia, facente parte dell'insieme delle regioni benchmark), che rientrerebbero nella classe *T90 (Altre prestazioni terapeutiche)*, sono stati esclusi dal conteggio ai fini della stima dell'impatto, in quanto la tariffa regionale è comprensiva del costo del farmaco. In altri termini, per queste prestazioni che non possono essere assimilate a quelle inserite nel NN, dal momento che il farmaco utilizzato per la prestazione non rientra nella tariffa corrispondente, il valore atteso è stato ipotizzato come corrispondente del valore osservato.

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

Prestazioni extra-lea rispetto al nuovo nomenclatore Per prevedere la spesa che consegirà all'approvazione delle tariffe delle prestazioni del nuovo nomenclatore nazionale è necessario escludere dalle simulazioni sui dati 2022 la componente di attività ambulatoriale che non fa parte del nomenclatore stesso (*prestazioni Extra LEA*), nonché il valore delle prestazioni presenti nel previgente nomenclatore ma escluse nel nuovo (*prestazioni eliminate*).

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

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

Tab. 3 - Valore prestazioni al netto extra-LEA			
	valore lordo 2022		
	osservato totale	stima extra-LEA	osservato LEA
	Mln euro	Mln euro	Mln euro
totale	11,750.1	26.0	11,724.1
diagnostica	3,614.3	0.6	3,613.6
laboratorio	3,085.5	5.6	3,080.0
riabilitazione	448.8	4.2	444.6
terapia	3,586.8	12.5	3,574.3
visite	980.0	3.1	976.9
non riconducibile	34.8	0.1	34.7

Tab. 4 - Valore prestazioni al netto extra-LEA			
	valore lordo 2022		
	osservato totale	stima extra-LEA	osservato LEA
	Mln euro	Mln euro	Mln euro
totale	11,750.1	26.0	11,724.1
PIEMONTE	951.9	7.3	944.6
V. AOSTA	23.0	0.3	22.8
LOMBARDIA	2,551.4	4.2	2,547.2
BOLZANO	78.6	1.1	77.5
TRENTO	98.4	0.0	98.4
VENETO	1,078.2	0.1	1,078.1
FRIULI V. G.	291.9	0.0	291.9
LIGURIA	238.5	0.0	238.5
E. ROMAGNA	1,021.8	0.0	1,021.8
TOSCANA	824.7	7.4	817.2
UMBRIA	192.2	0.0	192.2
MARCHE	284.1	3.6	280.5
LAZIO	954.4	0.4	954.0
ABRUZZO	210.5	0.0	210.5
MOLISE	69.0	0.0	69.0
CAMPANIA	816.9	0.0	816.9
PUGLIA	672.0	0.4	671.6
BASILICATA	112.5	1.0	111.5
CALABRIA	227.0	0.0	227.0
SICILIA	818.7	0.1	818.6
SARDEGNA	234.1	0.0	234.1

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

Prestazioni eliminate dal nuovo nomenclatore e presenti nel vecchio nomenclatore

Sono definite "eliminate" le prestazioni presenti nel vecchio nomenclatore nazionale ma non più contenute nel nuovo nomenclatore nazionale. Ai fini del calcolo dell'impatto economico, sono state mantenute all'interno della valorizzazione delle prestazioni erogate (valori osservati) ma non sono state conteggiate nella determinazione dei valori standard delle quattro regioni benchmark, utilizzati ai fini del calcolo del valore

simulato atteso. In altri termini le prestazioni che non figurano nel nuovo nomenclatore, ma erano presenti nel vecchio, sono rendicontate nel consumo attuale ma non lo sono nel consumo atteso in quanto non più presenti nel nuovo nomenclatore.

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

Tab. 5 Valore prestazioni eliminate nelle regioni benchmark*		
Classe FaRe liv. 1	valore lordo 2022	
	osservato totale LEA	quota eliminate
	milioni €	milioni €
diagnostica	1,851.1	1.6
laboratorio	1,491.9	9.9
riabilitazione	135.1	17.3
terapia	1,526.0	4.9
visite	456.5	0.0
sconosciuto	3.7	0.0
totale	5,464	33.7

* Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana

3) Risultati delle simulazioni di impatto su dati anno 2022

3.1 Determinazione dei nuovi standard di consumo delle prestazioni

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

Sono state considerate come regioni *benchmark*, ovvero regioni di riferimento in cui già vengono erogate la maggior parte delle prestazioni del nuovo nomenclatore: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana. Sulla base del flusso informativo TS del 2022 è stata ottenuta la valorizzazione dell'erogato a tariffa regionale, disaggregata per classe FaRe livello 3 (il livello più analitico della classificazione FaRe), escludendo le prestazioni non incluse nel nuovo nomenclatore.

Tali valori, distinti per ognuna delle quattro regioni, sono stati rapportati al numero di assistiti che nel 2022 hanno avuto almeno una prestazione appartenente alla corrispondente classe FaRe livello 2 (livello di analiticità intermedio). Il numero di assistiti è derivato dal conteggio dei codici individuali diversi, presenti all'interno del flusso TS, nell'insieme dei record riconducibili alla stessa classe FaRe/regione. Dal rapporto valore/assistiti è scaturito l'importo medio di spesa pro assistito per classe FaRe e per regione, valorizzato a tariffa regionale.

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

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

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

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

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

		n. codici prestaz.	valorizzato tariffe regionali	valorizzato nuove tariffe nazionali	coefficiente di normalizzazione
Diagnostica	Lombardia	333	736.331.728	680.834.520	0,925
	Veneto	473	374.115.229	303.482.093	0,811
	Emilia Romagna	320	321.881.204	320.414.040	0,995
	Toscana	330	210.990.628	208.922.216	0,990
Laboratorio	Lombardia	485	575.365.337	544.935.101	0,947
	Veneto	500	201.094.003	218.643.826	1,087
	Emilia Romagna	434	277.385.816	224.952.565	0,811
	Toscana	389	214.128.431	205.161.154	0,958
Riabilitazione	Lombardia	33	20.811.227	30.463.048	1,464
	Veneto	31	34.084.122	22.477.774	0,659
	Emilia Romagna	32	10.764.097	18.991.752	1,764
	Toscana	12	621.968	526.082	0,846
Terapie	Lombardia	282	734.964.991	486.948.965	0,663
	Veneto	367	338.589.728	257.297.706	0,760
	Emilia Romagna	268	193.628.757	186.353.604	0,962
	Toscana	268	183.998.720	176.250.055	0,958
Visite	Lombardia	50	201.281.230	220.933.819	1,098
	Veneto	56	64.123.499	79.608.096	1,241
	Emilia Romagna	53	116.420.972	125.601.379	1,079
	Toscana	9	74.631.874	88.401.834	1,185

La tabella 6 illustra chiaramente come le tariffe nazionali risultino prevalentemente più basse rispetto a quelle attualmente praticate dalle quattro regioni benchmark. Essendo, infatti, con poche eccezioni (visite), i valori dei coefficienti di normalizzazione inferiori all'unità, ne consegue che il valore complessivo delle prestazioni, espresse in termini di nuove tariffe nazionali tendenzialmente risulterebbe più basso rispetto a quello attualmente determinato dalle tariffe regionali.

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

A valle del procedimento di normalizzazione, i valori di spesa pro capite specifici delle 4 regioni per classe FaRe, sono stati ponderati per i volumi di ognuna delle quattro regioni, ottenendo quindi l'indicatore medio dell'insieme delle 4 regioni; l'indicatore, definito come *importo medio pro-assistito FaRe standard* viene riportato nell'ultima colonna della tabella successiva (tab. 6-bis). I valori dello stesso indicatore, calcolati per classi Fare livello 3, rappresentano in definitiva l'importo complessivo relativo alle prestazioni riferite alla classe Fare livello 3 sui soggetti che hanno avuto almeno una prestazione rientrante nella corrispondente classe Fa-Re livello 2.

Esemplificando, nella tabella 6-bis (prima riga di dati), l'importo medio pro-assistito standard della *Radiologia tradizionale Rx* è di 21,61 euro che scaturisce dal rapporto tra valore delle prestazioni di tale categoria (calcolato secondo le nuove tariffe nazionali) e il numero di assistiti a cui è stata erogata almeno una prestazione di *Diagnostica con radiazioni*, Analogamente, la *quantità media prestazioni per 1.000 assistiti* rappresenta la quantità media di esami di Radiologia tradizionale Rx sul numero di assistiti a cui è stata erogata almeno una prestazione di diagnostica con radiazioni (frequenza di 964 esami su 1.000 assistiti (0,964 pro capite).

Tab. 6-bis – Importo medio pro-assistito FaRe standard calcolato sulle 4 regioni benchmark

classe Fa-Re liv.1	classe Fa-Re liv.2	classe Fa-Re liv.3	volumi per 1.000 assistiti	importo medio pro assistito	
Diagnostica	D, con radiazioni	Radiologia tradizionale RX	964	21,61	
	D, con radiazioni	Tac	479	66,96	
	D, con radiazioni	Diagnostica vascolare	0	0,12	
	D, con radiazioni	Medicina nucleare	73	45,20	
	D, senza radiazioni	Ecografia	743	30,74	
	D, senza radiazioni	Ecocolordoppler	287	15,55	
	D, senza radiazioni	Elettromiografia	213	2,72	
	D, senza radiazioni	Endoscopia	123	12,01	
	D, senza radiazioni	RM	233	44,39	
	D, senza radiazioni	Altra diagnostica strumentale	707	19,76	
		Biopsia	Biopsia	1.173	89,33
		Altra diagnostica	Altra diagnostica	2.323	72,31
Laboratorio	Prelievi	Prelievo sangue venoso	2.139	8,13	
		Prelievo sangue arterioso	4	0,03	
		Prelievo sangue capillare	17	0,08	

classe Fa-Re liv.1	classe Fa-Re liv.2	classe Fa-Re liv.3	volumi per 1.000 assistiti	importo medio pro assistito
		Prelievo sangue microbiologico	106	0,27
		Prelievo citologico	30	0,11
	Chimica clinica	Chimica clinica di base	17.662	41,01
		Chimica clinica	2.196	18,69
	Ematologia/coagulazione	Ematologia/coagulazione di base	2.138	4,49
		Ematologia/coagulazione	442	3,28
	Immunoematologia e trasfusionale	Immu, e trasfusionale di base	1.186	11,79
Immu, e trasfusionale		1.020	43,30	
Microbiologia/virologia	Microb./virologia di base	2.288	23,19	
	Microbiologia/virologia	1.750	55,98	
Anat, ed ist, patologica	Anatomia ed istologia patologica	2.135	122,87	
Genetica/citogenetica	Genetica/citogenetica	3.413	766,34	
Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	7.470	101,37
Terapeutica	Radioterapia	Radioterapia	17.359	6,160,89
	Dialisi	Dialisi	71.217	9,160,14
	Odontoiatria	Odontoiatria	3.686	83,41
	Trasfusioni	Trasfusioni	4.070	270,09
	Chirurgia ambulatoriale	Chirurgia ambulatoriale	823	93,43
		Chirurgia ambulatoriale	392	305,39
Altre prest, terapeutiche	Altre prest, terapeutiche	4.057	83,60	
Visita	Prima visita	Prima visita	1.866	48,25
	Visita di controllo	Visita di controllo	2.580	46,18

3.2 Valori attesi di consumo delle prestazioni del nuovo nomenclatore tariffario

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

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

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

Nel calcolo appena descritto vengono applicati alcuni opportuni correttivi:

1. **Dialisi**, La stima dell'impatto è stata calcolata indicizzando il valore tariffario regionale delle prestazioni erogate nel 2022 alle nuove tariffe nazionali, In considerazione della disomogeneità dei valori osservati nelle diverse regioni in tale classe FaRe e tenuto conto che non sono state introdotte novità sostanziali nel nuovo nomenclatore rispetto al vigente, non è stata applicata la metodologia basata sul valore pro-capite delle regioni benchmark in quanto si ipotizza quindi la costanza del mix di prestazioni già erogate, Per indicizzare il valore osservato alle nuove tariffe nazionali si è proceduto come segue:
 - i. sono state considerate le due prestazioni più rappresentative e prevalenti (39,95,4EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, Per seduta, Ciclo fino a 13 sedute e 39,95,7 ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution], Per seduta, Ciclo fino a 13 sedute);
 - ii. È stato calcolato, per ogni regione, il rapporto tra valore economico delle due prestazioni in termini di nuove tariffe nazionali e il valore osservato (espresso quindi in tariffe regionali);
 - iii. Il valore specifico regionale di tale indice è stato moltiplicato per il valore osservato complessivo di tutte le prestazioni assegnate alla classe FaRe *Dialisi* erogate dalla regione corrispondente.
2. **Radioterapia e Riabilitazione**. Il valore atteso viene calcolato moltiplicando il valore standard pro-assistito delle regioni benchmark al numero degli assistiti specifico della regione, senza operare alcun aggiustamento, nel caso di quantità prestazioni erogate pro-assistito superiore al corrispondente valore standard, Ciò in considerazione delle diverse modalità di rendicontazione utilizzate dalle regioni (cicli, singole prestazioni) che non consente di valutare in modo corretto e omogeneo le quantità di sedute di radioterapia e terapia fisica di riabilitazione. Nel procedimento di determinazione dell'impatto, a differenza delle altre tipologie di prestazioni, non entra quindi il conteggio dei volumi.
3. **Chirurgia ambulatoriale**. Per ogni regione, è stato aggiunto al numero di assistiti che nel 2022 ha ricevuto una prestazione ambulatoriale rientrante nella classe FaRe livello 2 Chirurgia ambulatoriale, il numero di pazienti chirurgici dimessi nel 2022 in regime di ricovero ospedaliero diurno, con codice dell'intervento principale ricompreso in una delle prestazioni chirurgiche del nuovo nomenclatore; si è pertanto ipotizzato che l'applicazione dei nuovi LEA comporti uno spostamento di setting assistenziale (dal ricovero diurno al regime ambulatoriale) per alcune prestazioni di tipo chirurgico.
4. **Altre prestazioni terapeutiche** (classe FaRe T90). La stima dell'impatto è stata calcolata come nel precedente punto 2. Il raggruppamento FaRe T90 di prestazioni è molto variegato in quanto residuale rispetto a dialisi, radioterapia, odontoiatria, trasfusioni e chirurgia ambulatoriale. Comprende quindi prestazioni disomogenee quali, ad esempio, psichiatria, medicazioni ferite, infusione sostanze chemioterapiche, etc.). Non viene quindi applicato l'aggiustamento calibrato sui volumi, in quanto sarebbe inappropriato sommare quantità di prestazioni così disomogenee.

La somma delle valorizzazioni attese per regione e classe FaRe - determinate come sopra descritto - produce il valore complessivo atteso delle prestazioni al lordo del ticket, che si sarebbe ottenuto in base alle prestazioni rendicontate dal flusso TS 2022, se si applicassero a livello nazionale gli standard dei valori di consumo pro-capite riferibile ai "nuovi Lea" valorizzati adottando le tariffe nazionali oggetto del presente provvedimento.

Confrontando tale valore atteso con il valore osservato, si ottiene lo scostamento lordo simulato sul 2022. Tale scostamento è indicativo della dinamica del peso economico indotta, contestualmente, dall'aggiornamento del nomenclatore e dall'adozione delle nuove tariffe nazionali in luogo di quelle attualmente praticate dalle regioni.

Tab. 7 – Variazione del valore lordo per regione di erogazione (dati TS 2022)

	valore lordo totale				
	rilevato flusso TS	osservato	atteso	Scostamento (a-o)	
	milioni euro	milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale	11.750,1	11.724,1	12.325,6	+ 601,5	+5,13%
PIEMONTE	951,9	944,6	1.055,8	+ 111,1	+11,8%
VALLE D'AOSTA	23,0	22,8	23,1	+ 0,4	+1,6%
LOMBARDIA	2.551,4	2.547,2	2.394,2	- 153,0	-6,0%
PROV, AUTON, BOLZANO	78,6	77,5	89,4	+ 12,0	+15,5%
PROV, AUTON, TRENTO	98,4	98,4	117,5	+ 19,1	+19,4%
VENETO	1.078,2	1.078,1	1.007,3	- 70,8	-6,6%
FRIULI VENEZIA GIULIA	291,9	291,9	275,5	- 16,4	-5,6%
LIGURIA	238,5	238,5	290,3	+ 51,7	+21,7%
EMILIA ROMAGNA	1.021,8	1.021,8	1.043,3	+ 21,5	+2,1%
TOSCANA	824,7	817,2	883,1	+ 65,9	+8,1%
UMBRIA	192,2	192,2	196,2	+ 4,0	+2,1%
MARCHE	284,1	280,5	316,1	+ 35,6	+12,7%
LAZIO	954,4	954,0	1.107,0	+ 152,9	+16,0%
ABRUZZO	210,5	210,5	234,5	+ 24,0	+11,4%
MOLISE	69,0	69,0	76,5	+ 7,5	+10,9%
CAMPANIA	816,9	816,9	985,8	+ 168,9	+20,7%
PUGLIA	672,0	671,6	728,2	+ 56,6	+8,4%
BASILICATA	112,5	111,5	117,5	+ 6,0	+5,4%
CALABRIA	227,0	227,0	259,7	+ 32,7	+14,4%
SICILIA	818,7	818,6	861,4	+ 42,8	+5,2%
SARDEGNA	234,1	234,1	263,2	+ 29,1	+12,4%

13

Complessivamente il valore lordo aumenta del 5,1% per il fatto che l'incremento dei volumi erogati indotto dall'inserimento di nuove tipologie di prestazioni LEA, viene mediato dalla dinamica al ribasso delle nuove tariffe nazionali rispetto a quelle attuali regionali (come già rilevato nel paragrafo 4.1).

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

La dinamica è molto differenziata per tipologia di prestazioni. Considerando il livello intermedio di classificazione (FaRe livello 2) la situazione si può riassumere rilevando un deciso incremento del laboratorio (+17,4%) e delle visite (+23,6%) con un decremento delle prestazioni terapeutiche (-9,2%).

Tab. 8 – Impatto lordo simulato per FaRe liv. 2 (dati TS 2022)

		valore lordo totale			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale complessivo		11.724,1	12.325,6	+ 601,5	+5,1%
diagnostica	Totale	3.613,6	4.009,9	+ 396,3	+11,0%

	D, con radiazioni	1.369,2	1,542,6	+ 173,4	+12,7%
	D, senza radiazioni	2.054,6	2,236,3	+ 181,7	+8,8%
	Biopsia	51,3	43,8	- 7,5	-14,5%
	Altra diagnostica non riconducibile	134,8	183,4	+ 48,6	+36,1%
		3,8	3,8	+ 0,0	+0,0%
	Totale	3.080,0	3.616,1	+ 536,2	+17,4%
laboratorio	Prelievi	130,6	172,2	+ 41,6	+31,9%
	Chimica clinica	1.853,1	1.442,3	- 410,8	-22,2%
	Ematologia/coagulazione	97,1	79,5	- 17,6	-18,1%
	Immunoematologia e trasfusionale	15,7	27,3	+ 11,6	+73,9%
	Microbiologia/virologia	324,4	496,4	+ 171,9	+53,0%
	Anatomia ed istologia patologica	98,9	253,3	+ 154,4	+156,2%
	Genetica/citogenetica non riconducibile	493,6	1.078,5	+ 584,9	+118,5%
		66,6	66,6	+ 0,0	+0,0%
Riabilitazione		444,6	212,2	- 232,4	-52,3%
	Totale	3.574,3	3.245,0	- 329,3	-9,2%
terapia	Radioterapia	832,9	927,3	+ 94,4	+11,3%
	Dialisi	1.165,6	1.104,7	- 60,9	-5,2%
	Odontoiatria	67,7	56,7	- 11,0	-16,3%
	Trasfusioni	16,6	17,0	+ 0,4	+2,1%
	Chirurgia ambulatoriale	1.133,8	918,4	- 215,4	-19,0%
	Altre prestazioni terapeutiche non riconducibile	343,3	206,6	- 136,7	-39,8%
		14,3	14,3	+ 0,0	+0,0%
	Totale	976,9	1.207,7	+ 230,8	+23,6%
visite	Prima visita	565,3	701,7	+ 136,4	+24,1%
	Visita di controllo non riconducibile	410,5	504,9	+ 94,4	+23,0%
		1,0	1,0	+ 0,0	+0,0%
non riconducibile		34,7	34,7	0,0	+ 0,0

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

Data l'eterogeneità dei sistemi regionali di compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, si è ritenuto opportuno ipotizzare che la stessa configurazione specifica di ogni regione rimanga costante con l'adozione dei nuovi LEA. Pertanto, si è scelto, in prima battuta, di applicare gli attuali modelli regionali di fissazione del ticket, rilevati empiricamente dai dati TS 2022 (distintamente per classe FaRe), ottenendo una prima valutazione della quota di compartecipazione alla spesa simulata sui valori lordi attesi (precedente paragrafo). Tuttavia, stante la caratteristica prevalente della franchigia intorno ai 36,15 euro del sistema di compartecipazione alla spesa, si è anche tenuto conto del fatto che un aumento delle tariffe di prestazioni contenute in ricette di importo superiore a tale soglia o ad esenti non comporterebbe nessun effetto di aumento del ticket, mentre di converso, una variazione della tariffa in ricette di importo inferiore a 36,15 euro rilasciata a non esenti avrebbe un effetto diretto sulla quota di compartecipazione alla spesa.

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

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

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

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

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

15

La tabella 9 riporta le quote relativizzate al valore lordo totale rilevate dal flusso TS 2022 (la tabella ha solo fini descrittivi ed esemplificativi non influenzando direttamente sulla determinazione delle stime), Nel procedimento di stima delle quote pubblico/privato del valore lordo e del ticket atteso corrispondente alle prestazioni del nuovo nomenclatore vengono mantenute le quote percentuali osservate nel contesto antecedente all'implementazione dei nuovi Lea, e calcolate distintamente per regione e per classe FaRe 3.

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

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

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

	quota privato su valore lordo totale	quota ticket privato su valore lordo totale	quota ticket pubblico su valore lordo totale
totale	35.3%	4.6%	8.8%
PIEMONTE	21.2%	3.1%	11.0%
VALLE D'AOSTA	6.8%	1.2%	14.7%
LOMBARDIA	49.4%	8.2%	6.1%
PROV. AUTON. BOLZANO	8.7%	0.8%	15.6%
PROV. AUTON. TRENTO	29.8%	6.5%	15.8%
VENETO	28.7%	3.2%	9.2%
FRIULI VENEZIA GIULIA	23.1%	3.5%	10.3%
LIGURIA	10.2%	2.3%	14.5%
EMILIA ROMAGNA	16.4%	2.4%	16.1%
TOSCANA	10.4%	1.4%	12.6%
UMBRIA	6.1%	0.6%	13.0%
MARCHE	22.6%	4.8%	10.4%
LAZIO	30.8%	3.1%	8.8%
ABRUZZO	18.6%	2.1%	13.4%
MOLISE	59.4%	2.9%	5.0%
CAMPANIA	79.3%	7.4%	3.8%
PUGLIA	22.7%	2.3%	5.5%
BASILICATA	39.3%	5.5%	8.1%
CALABRIA	28.4%	1.6%	5.6%
SICILIA	67.9%	6.9%	4.0%
SARDEGNA	33.1%	3.5%	10.3%

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

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

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

		incidenza ticket associato a ricette con valore inferiore a 36,15 euro su totale ticket	
		erogatori privati	erogatori pubblici
totale complessivo		33.7%	51.1%
<i>diagnostica</i>	D. con radiazioni	30.7%	43.7%
	D. senza radiazioni	10.9%	21.0%
	Biopsia	8.4%	17.9%
	Altra diagnostica	27.6%	48.4%
	non riconducibile	3.5%	2.6%
<i>laboratorio</i>	Prelievi	65.4%	68.6%
	Chimica clinica	47.8%	52.7%
	Ematologia/coagulazione	54.1%	58.4%
	Immunoematologia e trasfusionale	32.7%	43.9%
	Microbiologia/virologia	42.2%	44.5%
	Anatomia ed istologia patologica	33.1%	38.4%
	Genetica/citogenetica	0.3%	1.7%
non riconducibile		18.1%	18.7%
Riabilitazione		4.0%	23.0%
<i>terapie</i>	Radioterapia	0.0%	0.3%
	Dialisi	0.0%	4.3%
	Odontoiatria	4.1%	40.0%
	Trasfusioni	61.2%	8.6%
	Chirurgia ambulatoriale	4.9%	22.4%
	Altre prestazioni terapeutiche	7.3%	37.0%
	non riconducibile	0.1%	3.9%
<i>visite</i>	Prima visita	88.0%	85.2%
	Visita di controllo	91.7%	88.4%
	non riconducibile	0.0%	2.9%
NN RICONDUCEBILE		16.8%	27.3%

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

Le tabelle successive (tabelle 11 e 12) riportano la stima degli effetti sugli incassi da ticket derivanti dall'introduzione del nuovo nomenclatore e del nuovo sistema tariffario per classe FaRe livello 2 e per Regione. Il nuovo scenario porterebbe a un aumento complessivo del ticket del 5,8% a livello nazionale (+90,3 milioni). La dinamica è assai differenziata per tipologia di prestazione.

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

		ticket			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale complessivo		1.570,0	1.660,3	+ 90,3	+5,8%
diagnostica	Totale	513,3	562,1	+ 48,7	+9,5%
	D, con radiazioni	154,9	159,9	+ 5,0	+3,2%
	D, senza radiazioni	325,5	354,1	+ 28,6	+8,8%
	Biopsia	7,5	7,3	- 0,2	-2,8%
	Altra diagnostica	25,1	40,5	+ 15,4	+61,3%
	non riconducibile	0,3	0,3	+ 0,0	+0,0%

		ticket			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
laboratorio	Totale	663,5	689,1	+ 25,7	+3,9%
	Prelievi	29,5	35,3	+ 5,8	+19,6%
	Chimica clinica	507,0	449,2	- 57,8	-11,4%
	Ematologia/coagulazione	22,6	20,8	- 1,8	-8,0%
	Immunologia e trasfusionale	1,2	2,4	+ 1,2	+104,0%
	Microbiologia/virologia	65,0	90,8	+ 25,8	+39,8%
	Anatomia ed istologia patologica	27,6	69,0	+ 41,4	+149,7%
	Genetica/citogenetica	9,3	20,3	+ 11,0	+117,7%
	non riconducibile	1,3	1,3	+ 0,0	+0,0%
Riabilitazione		32,2	17,8	- 14,3	-44,6%
terapia	Totale	90,3	77,1	- 13,2	-14,6%
	Radioterapia	6,1	7,2	+ 1,1	+18,4%
	Dialisi	5,5	5,3	- 0,2	-3,3%
	Odontoiatria	9,6	8,4	- 1,2	-12,4%
	Trasfusioni	0,5	0,6	+ 0,0	+1,4%
	Chirurgia ambulatoriale	37,9	33,1	- 4,8	-12,7%
	Altre prestazioni terapeutiche	29,7	21,6	- 8,1	-27,2%
		non riconducibile	0,9	0,9	+ 0,0
visite	Totale	268,0	311,5	+ 43,4	+16,2%
	Prima visita	197,1	229,5	+ 32,4	+16,4%
	Visita di controllo	70,7	81,8	+ 11,1	+15,7%
		non riconducibile	0,2	0,2	+ 0,0
	non riconducibile	2,7	2,7	+ 0,0	+0,0%

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

	ticket			
	osservato	atteso	Scostamento (a-o)	
	milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale	1.570,0	1.660,3	+ 90,3	+5,8%
PIEMONTE	133,4	137,6	+ 4,1	+3,1%
VALLE D'AOSTA	3,6	3,9	+ 0,2	+6,3%
LOMBARDIA	364,6	359,1	- 5,5	-1,5%
PROV. AUTON. BOLZANO	12,7	14,1	+ 1,4	+11,2%
PROV. AUTON. TRENTO	21,9	24,8	+ 2,9	+13,1%
VENETO	133,1	135,5	+ 2,3	+1,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	40,4	39,8	- 0,6	-1,5%
LIGURIA	40,1	48,6	+ 8,4	+21,0%
EMILIA ROMAGNA	189,4	190,8	+ 1,4	+0,7%
TOSCANA	114,2	115,2	+ 1,0	+0,9%
UMBRIA	26,0	26,9	+ 0,8	+3,2%
MARCHE	42,4	43,9	+ 1,5	+3,5%
LAZIO	113,5	127,1	+ 13,6	+12,0%
ABRUZZO	32,7	37,9	+ 5,2	+16,0%
MOLISE	5,5	7,1	+ 1,7	+31,0%
CAMPANIA	91,2	113,3	+ 22,1	+24,2%
PUGLIA	52,1	59,6	+ 7,5	+14,4%
BASILICATA	15,2	17,1	+ 1,9	+12,5%
CALABRIA	16,5	20,0	+ 3,5	+21,4%

SICILIA	89,0	101,9	+ 13,0	+14,6%
SARDEGNA	32,3	36,3	+ 3,9	+12,2%

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

L'impatto economico complessivo nazionale risulta dalla differenza tra:

- valore atteso, al netto ticket, derivante dell'effetto congiunto dell'inserimento nel nomenclatore nazionale di nuove prestazioni LEA e le variazioni tariffarie di tutte le prestazioni rispetto alle tariffe attuali praticate dalle regioni;
- valore osservato, al netto ticket, delle prestazioni LEA erogate nel 2022, rendicontate nel flusso TS.

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

L'impatto economico, come appena definito, sarebbe di segno positivo (+ 511,2 milioni). Come osservabile nella successiva tabella 13, il valore nazionale dell'impatto scaturisce dalla dinamica opposta tra le regioni che già erogano tutte le prestazioni incluse nel nuovo nomenclatore, in cui si fa sentire solo l'effetto delle variazioni delle tariffe e le regioni in cui domina la componente di aumento della spesa dovuta all'introduzione di nuove prestazioni, in parte compensate dalle variazioni negative delle nuove tariffe.

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

	valore netto totale			
	osservato	atteso	scostamento (a-o)	
	milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale	10.154,1	10.665,3	+ 511,2	+5,0%
PIEMONTE	811,2	918,2	+ 107,0	+13,2%
VALLE D'AOSTA	19,1	19,3	+ 0,1	+0,7%
LOMBARDIA	2.182,6	2.035,1	- 147,5	-6,8%
PROV. AUTON. BOLZANO	64,8	75,4	+ 10,6	+16,3%
PROV. AUTON. TRENTO	76,5	92,8	+ 16,2	+21,2%
VENETO	945,0	871,8	- 73,1	-7,7%
FRIULI VENEZIA GIULIA	251,5	235,7	- 15,7	-6,3%
LIGURIA	198,4	241,7	+ 43,3	+21,8%
EMILIA ROMAGNA	832,4	852,5	+ 20,1	+2,4%
TOSCANA	703,0	767,9	+ 64,9	+9,2%
UMBRIA	166,2	169,3	+ 3,1	+1,9%
MARCHE	238,1	272,2	+ 34,1	+14,3%
LAZIO	840,5	979,8	+ 139,3	+16,6%
ABRUZZO	177,8	196,6	+ 18,8	+10,6%
MOLISE	63,5	69,4	+ 5,8	+9,1%
CAMPANIA	725,7	872,5	+ 146,8	+20,2%
PUGLIA	619,5	668,6	+ 49,1	+7,9%
BASILICATA	96,3	100,4	+ 4,1	+4,3%
CALABRIA	210,6	239,7	+ 29,1	+13,8%
SICILIA	729,6	759,5	+ 29,8	+4,1%
SARDEGNA	201,8	227,0	+ 25,2	+12,5%

Come più volte sottolineato, l'impatto deriva fondamentalmente dall'aggiornamento del nomenclatore (che ha comportato nuovi inserimenti, passaggi di setting da regime di ricovero DH, o ridefinizione delle

prestazioni già presenti nel precedente nomenclatore), La dinamica tra osservato e atteso è, pertanto, necessariamente diversa per tipologia di prestazione, Le differenze si sovrappongono sostanzialmente a quelle già descritte per il valore tariffario lordo anche considerando la dinamica dal punto di vista delle prestazioni (vedi tabella 14).

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

		valore netto totale			
		osservato	atteso	scostamento (a-o)	
		milioni euro	milioni euro	milioni euro	%
totale complessivo		10.154,1	10.665,3	+ 511,2	+5,0%
diagnostica	Totale	3.100,3	3.447,9	+ 347,6	+11,2%
	D, con radiazioni	1.214,3	1.382,7	+ 168,4	+13,9%
	D, senza radiazioni	1.729,1	1.882,2	+ 153,1	+8,9%
	Biopsia	43,8	36,6	- 7,3	-16,6%
	Altra diagnostica	109,7	143,0	+ 33,3	+30,3%
	non riconducibile	3,5	3,5	+ 0,0	+0,0%
laboratorio	Totale	2.416,5	2.927,0	+ 510,5	+21,1%
	Prelievi	101,1	137,0	+ 35,8	+35,4%
	Chimica clinica	1,346,1	993,1	- 353,0	-26,2%
	Ematologia/coagulazione	74,5	58,7	- 15,8	-21,2%
	Immuno,logia e trasfusionale	14,5	24,9	+ 10,4	+71,4%
	Microbiologia/virologia	259,5	405,5	+ 146,1	+56,3%
	Anatomia ed istologia patologica	71,2	184,3	+ 113,1	+158,7%
	Genetica/citogenetica	484,3	1,058,2	+ 574,0	+118,5%
non riconducibile	65,3	65,3	+ 0,0	+0,0%	
Riabilitazione		412,4	194,3	- 218,1	-52,9%
terapia	Totale	3.484,0	3.167,9	- 316,1	-9,1%
	Radioterapia	826,8	920,1	+ 93,3	+11,3%
	Dialisi	1.160,1	1.099,4	- 60,8	-5,2%
	Odontoiatria	58,1	48,3	- 9,8	-16,9%
	Trasfusioni	16,1	16,4	+ 0,3	+2,1%
	Chirurgia ambulatoriale	1.095,9	885,3	- 210,6	-19,2%
	Altre prestazioni terapeutiche	313,6	185,0	- 128,6	-41,0%
non riconducibile	13,4	13,4	+ 0,0	+0,0%	
visite	Totale	708,8	896,2	+ 187,4	+26,4%
	Prima visita	368,2	472,2	+ 104,1	+28,3%
	Visita di controllo	339,8	423,2	+ 83,3	+24,5%
	non riconducibile	0,8	0,8	+ 0,0	+0,0%
non riconducibile		32,0	32,0	0,0	+ 0,0

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

Considerando che l'eventuale minor costo sulle regioni con segno negativo determinerebbe un risparmio di risorse che restano, in ogni caso, in capo alla regione che lo ha determinato, in quanto non viene previsto che i risparmi di alcune regioni siano trasferiti alle regioni con maggiori costi, al fine di ottenere una reale

compensazione, ne discende che il costo effettivo deve essere computato considerando solo i valori regionali di segno positivo.

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

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

- 1) Calcolo degli importi regionali di variazione del valore delle prestazioni al netto ticket simulati sui dati del flusso TS 2022 basato sulla proiezione dei consumi pro-assistito rilevato nelle regioni dove i nuovi LEA di fatto sono già erogati.
- 2) Azzeramento dei risparmi di spesa delle regioni con valore atteso inferiore rispetto all'osservato.
- 3) Detrazione in corrispondenza delle restanti regioni della quota di valore associata a nuove prestazioni Lea già erogate, azzerando i valori delle regioni con scostamenti negativi.
- 4) Il risultato è ciò che abbiamo definito valore a carico dei servizi sanitari regionali che corrisponde a un valore complessivo di 502,3 milioni di euro.

Tab. 15 – Stima impatto complessivo specialistica

	scostamento valore netto ticket atteso - valore netto ticket osservato	scostamenti positivi valore netto	prestazioni già erogate	prestazioni già erogate solo scostamenti positivi	Impatto effettivo sui SSR
totale	+ 511,2	+ 747,6	+ 677,7	+ 266,7	+ 502,3
PIEMONTE	+ 107,0	+ 107,0	+ 78,9	+ 78,9	+ 28,1
VALLE D'AOSTA	+ 0,1	+ 0,1	+ 2,4	+ 2,4	+ 0,0
LOMBARDIA	- 147,5	+ 0,0	+ 260,3	+ 0,0	+ 0,0
PROV, AUTON, BOLZANO	+ 10,6	+ 10,6	+ 1,5	+ 1,5	+ 9,0
PROV, AUTON, TRENTO	+ 16,2	+ 16,2	+ 3,5	+ 3,5	+ 12,7
VENETO	- 73,1	+ 0,0	+ 131,8	+ 0,0	+ 0,0
FRIULI VENEZIA GIULIA	- 15,7	+ 0,0	+ 18,9	+ 0,0	+ 0,0
LIGURIA	+ 43,3	+ 43,3	+ 4,3	+ 4,3	+ 39,0
EMILIA ROMAGNA	+ 20,1	+ 20,1	+ 25,7	+ 25,7	+ 0,0
TOSCANA	+ 64,9	+ 64,9	+ 59,2	+ 59,2	+ 5,7
UMBRIA	+ 3,1	+ 3,1	+ 14,2	+ 14,2	+ 0,0
MARCHE	+ 34,1	+ 34,1	+ 36,0	+ 36,0	+ 0,0
LAZIO	+ 139,3	+ 139,3	+ 5,9	+ 5,9	+ 133,4
ABRUZZO	+ 18,8	+ 18,8	+ 1,3	+ 1,3	+ 17,5
MOLISE	+ 5,8	+ 5,8	+ 3,0	+ 3,0	+ 2,8
CAMPANIA	+ 146,8	+ 146,8	+ 0,1	+ 0,1	+ 146,7
PUGLIA	+ 49,1	+ 49,1	+ 4,7	+ 4,7	+ 44,4
BASILICATA	+ 4,1	+ 4,1	+ 4,6	+ 4,6	+ 0,0
CALABRIA	+ 29,1	+ 29,1	+ 0,0	+ 0,0	+ 29,1
SICILIA	+ 29,8	+ 29,8	+ 21,0	+ 21,0	+ 8,8
SARDEGNA	+ 25,2	+ 25,2	+ 0,2	+ 0,2	+ 25,0

La tab. 15 riporta la stima dell'impatto complessivo legato all'introduzione del Nuovo Nomenclatore di specialistica ambulatoriale (stima basata sui dati da flusso TS anno 2022): distinto per regione.

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

B) Assistenza protesica

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

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

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


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

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

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

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

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



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

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

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

Classe 2° livello	Classe	Aggiuntivi	Prodotto	Riparazioni	Totale
06,03	Ortesi spinali	39	39	87	165
06,06	Ortesi arto superiore	13	15	25	53
06,12	Ortesi arto inferiore	52	42	68	162
06,18	Protesi arto superiore	14	39	160	213
06,24	Protesi arto inferiore	52	55	179	286
06,33	Calzature	17	25	6	48
Sub totale		187	215	525	927
04,06	Ausili per terapie individuali	0	6	0	6
06,30	Protesi oculari	5	9	4	18
12,27	Ausili per la mobilità personale	8	2	0	10
18,09	Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	0	6	3	9
22,03	Ausili ottici	0	76	17	93
Totale		200	314	549	1.063

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

- Sono stati trasferiti dei prodotti dall'Elenco «su misura» all'Elenco «in serie»;
- Sono stati eliminati alcuni prodotti;
- Sono stati «pacchettizzati» dei prodotti con i relativi aggiuntivi necessari per la loro composizione e funzionalità;
- Sono stati inseriti dei nuovi prodotti con i relativi aggiuntivi e riparazioni.

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

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

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

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

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

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

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

26

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

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

Le fasi del lavoro di transcodifica sono state:

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

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

Nello specifico, questa fase è consistita nell'assimilare i codici del Nomenclatore DPCM LEA del 12 gennaio 2017 a quello previgente, verificando puntualmente la corrispondenza della descrizione tra i codici collegati. È da sottolineare poi che nel nuovo nomenclatore, rispetto al precedente, sono state inserite alcune importanti innovazioni metodologiche che hanno avuto un rilevante impatto in questa fase di transcodifica. (i) La prima riguarda la costruzione di codici oggetto di "pacchettizzazione": in termini concreti tale evoluzione ha comportato la parziale eliminazione di alcuni aggiuntivi nel passaggio dal previgente al nuovo nomenclatore con relativa redistribuzione dei volumi. (ii) La seconda concerne invece l'adozione di nuovi criteri per differenziare le diverse tipologie di uno stesso prodotto in genere più strettamente inerenti alle caratteristiche e alle funzioni di quest'ultimo.

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

A gennaio 2021 a seguito di una richiesta al coordinamento delle regioni è partita una campagna di aggiornamento dati con i consumi e i valori della protesica per l'anno 2019. A tale aggiornamento hanno partecipato tutte le regioni e province autonome ad eccezione delle regioni: Abruzzo, Campania e Calabria che, presentando dati parziali, si è ritenuto opportuno non considerare.

Partendo da questo insieme di dati, è stato costruito il modello di stima dell'impatto della spesa per le protesi su misura incluse nel Nuovo Nomenclatore, poi sviluppato nei successivi paragrafi della presente relazione tecnica. Per i motivi di cui sopra, ovvero che i volumi osservati nelle 16 regioni oltre alle due province autonome coprono circa l'85% della popolazione italiana e nel presupposto che la domanda di protesi non è caratterizzata da una variabilità territoriale, si sottolinea già in questa sede che i valori presentati dovranno essere incrementati del 17,2% al fine di ottenere una visione complessiva dell'intera assistenza protesica «su misura» coperta dal SSN.

Tabella 2. La distribuzione della popolazione italiana al 1° gennaio 2019 nelle Regioni che hanno fornito il flusso informativo e relativa incidenza percentuale

Monitoraggio	Popolazione
Popolazione Totale Italia	59.816.673
Regioni NON MONITORATE	8.765.873
<i>Regione Abruzzo</i>	1.281.012
<i>Regione Campania</i>	5.624.260
<i>Regione Calabria</i>	1.860.601
Regioni MONITORATA	51.050.800
% Reg, monitorate	85,1%

Fonte: dati ISTAT



Dunque, dalla Tabella 2 emerge come le Regioni inserite nel campione considerato rappresentino l'85,3% della popolazione nazionale. Si osserva inoltre che la porzione mancante è rappresentate da regioni del meridione.

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

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

La transcodifica, inoltre, ha permesso di applicare i volumi di consumo rilevati dalle regioni e province autonome ai codici del Nuovo Nomenclatore. Nel corso di questo processo, è stato anche individuato un insieme di codici caratterizzati da volumi di consumo pari a zero in tutte le regioni analizzate. Quindi, una volta realizzata e verificata la transcodifica, sono stati individuati i codici che richiedevano un'indagine ad hoc per disporre di una stima dei volumi di consumo potenziale (es, ausili per terapie circolatorie).

Con l'ausilio delle Associazioni di categoria del comparto, per quanto riguarda l'ortopedia in particolare, sono state ulteriormente affinate le assimilazioni tra i codici del previgente nomenclatore ed il nuovo. Appare opportuno sottolineare che in questo lavoro di transcodifica si è tenuto conto del fatto che alcuni aggiuntivi

che, nel precedente nomenclatore avevano codici separati al prodotto, ora nel nuovo nomenclatore sono stati codificati insieme al prodotto (cosiddetta "pacchettizzazione"). Quelli che non sono stati riferiti ai prodotti sono rimasti aggiuntivi prescrivibili a discrezione o meno del medico.

Dopo aver provveduto ad assimilare correttamente i codici, si è provveduto a ricondurre i volumi di erogazione delle prestazioni.

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

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

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

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

- *Ventriere costruite su misura* (€ 55.084,90);
- *Ortesi cervicali* (€ 25.984,70);
- *Ausili per rieducazione di movimento, forza, equilibrio* (€ 1.297.378,18);
- *Tricicli a pedale* (€ 211.455,59);
- *Carrozze ad autospinta* (€ 48.625.056,00);
- *Veicoli* (€ 391.387,14);
- *Ausili per la posizione seduta* (€ 32.453.846,74);
- *Apparecchi acustici* (€ 41.218.157,23);
- *Calzature* (€ 8.289.394,00),

I «residuali» € 80.037.843,03 riferiti alle sole dieci regioni più la provincia autonoma oggetto del campione della prima analisi del 2017, rappresentano dunque il valore di riferimento del «su misura». Nello specifico, la Tabella 3 ne mostra la ripartizione per classe di ausilio considerato.

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

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

Codice di II livello	DESCRIZIONE	VALORE IN 10 REGIONI +1 PA	Distribuzione % prodotti nel Nuovo Nomenclatore per valore	VOLUME10 REGIONI + 1 PA	Distribuzione % prodotti nel Nuovo Nomenclatore per volumi
03.06	ORTESI SPINALI	€ 17.696.013,96	22,1%	61,165	6,7%
06.06	ORTESI SUPERIORI	€ 626.101,24	0,8%	5,846	0,6%
06.12	ORTESI INFERIORI	€ 29.700.913,29	37,1%	517,241	56,5%
06.18	PROTESI ARTI SUPERIORI	€ 1.209.305,75	1,5%	3,698	0,4%
06.24	PROTESI ARTI INFERIORI	€ 11.323.535,09	14,1%	33,430	3,6%
06.33	CALZATURE	€ 15.602.521,00	19,5%	265,782	29,0%
03.78	AUSILI PER LA TERAPIA ED ADDESTRAMENTO	€ 646.610,68	0,8%	381	0,0%
06.30; 21.03; 21.27	PROTESI OCULARI E AUSILI OTTICI	€ 3.232.842,02	4,0%	28,372	3,1%
VALORE ECONOMICO DEI DISPOSITIVI RICONDUCIBILI AL NOMENCLATORE APPROVATO		€ 80.037.843,03	100,0%	915,915	100,0%
VALORE ECONOMICO DEI DISPOSITIVI DEL NOMENCLATORE 332/99 PASSATI AL «DI SERIE»		€ 132.567.745,43		484,764	
TOTALE		€ 212.605.588,46		1.400,679	

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

Si nota come la maggior concentrazione di volumi e di valore si trovi nella classe delle ortesi degli arti inferiori, tuttavia anche il settore delle calzature risulta essere particolarmente rilevante sia in termini di volumi che di valore. È poi da ricordare che i valori sopra riportati devono essere di fatto raddoppiati, arrivando così a stimare una spesa per prodotti su misura per un valore nazionale pari a € 157.261.846 con il previgente nomenclatore.

4. Valutazione d'impatto

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

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

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

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

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

Categorie	Scenario ex ipotesi tariffarie 31/03
Ausili per terapie individuali	€ 412.100
Ortesi spinali	€ 10.235.636
Ortesi arto superiore	€ 618.428
Ortesi arto inferiore	€ 31.807.952
Protesi arto superiore	€ 2.606.782
Protesi arto inferiore	€ 18.569.077
Protesi oculari	€ 3.571.385
Calzature	€ 14.752.938
Ausili per la mobilità personale	€ 241.990
Ausili per adattamento della casa e altri ambienti	€ 647.058
Ausili ottici	€ 477.279
Totale	€ 83.288.026

31

In seguito alle revisioni successive all'incontro del 31 marzo 2017, si è provveduto a (i) rimodulare i volumi in seguito alla revisione delle assimilazioni, (ii) procedere a una nuova valorizzazione tariffaria, sulla base delle indicazioni fornite dalle associazioni di categoria e (iii) riassegnare adeguatamente i 5 codici prestazione relativi a «protesi oculari» che erano inizialmente stati erroneamente imputati alla categoria «ausili ottici». L'esito di tali variazioni, considerando i volumi 2019, è sintetizzato nella Tabella 6.

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

Etichette di riga	Impatto con nuove tariffe proposte e volumi 2019
Ausili ottici	1.091.912 €
Ausili per adatt, della casa e altri ambienti	26.049.814 €
Ausili per la mobilità personale	3.775.684 €

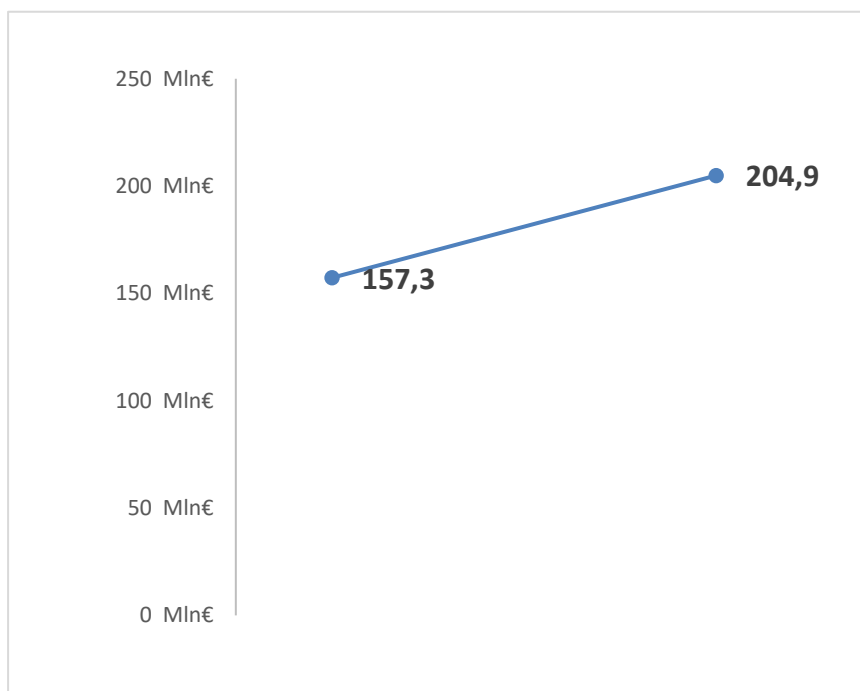
Ausili per terapie individuali	34.165 €
Calzature ortopediche	29.022.128 €
Ortesi per arto inferiore	28.088.293 €
Ortesi per arto superiore	1.720.763 €
Ortesi spinali	39.872.398 €
Protesi di arto inferiore	31.397.895 €
Protesi di arto superiore	4.444.727 €
Protesi oculari	8.857.947 €
Totale complessivo	174.355.726 €
% Popolazione considerata	85,10%
IMPATTO NAZIONALE	204.883.345 €

A seguito di tale lavoro è stato valutato l'impatto in termini di spesa che il Nuovo Nomenclatore potrebbe generare sull'intero territorio nazionale e non soltanto sulle regioni monitorate all'interno del campione. Considerando che la popolazione afferente alle Regioni monitorate è pari all'85,1% del totale della popolazione nazionale (cfr. Tabella 2), al fine di realizzare le proiezioni sull'intera popolazione si è assunta, in seguito alla consultazione di esperti, una domanda omogenea sul territorio. A partire da tale premessa, si è quindi fatto uso del seguente algoritmo di calcolo:

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

Utilizzando come termine di paragone la valorizzazione del previgente nomenclatore, l'impatto stimato per l'intero nomenclatore è pari a **204,9 mln di euro** (+47,6 mln rispetto ai 157,3 mln del Previgente Nomenclatore; + 30,2%). La Figura 2 rappresenta una sintesi di quanto appena descritto.

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



La tab. 7 riporta l'impatto complessivo atteso a seguito dell'introduzione del Nuovo Nomenclatore:

Tab, 7 – Stima impatto complessivo protesica	
IMPATTO PREVIGENTE NOMENCLATORE	€ 157.261.846
IMPATTO NUOVO NOMENCLATORE	€ 204.883.345
IMPATTO NETTO	€ 47.621.499

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

Specialistica ambulatoriale	
ONERE A LORDO TICKET	841.735.563 €
TICKET	87.956.148 €
ONERE AL NETTO TICKET	753.779.415 €
PRESTAZIONI GIA' EROGATE	266.736.876 €
ONERE AL NETTO TICKET E PRESTAZIONI GIA' EROGATE (SOMMA ALGEBRICA)	487.042.539 €
ANNULLAMENTO DIFFERENZE NEGATIVE	15.232.578 €
ONERE AL NETTO TICKET E PRESTAZIONI GIA' EROGATE solo valori positivi	502.275.118 €
Protesica	
IMPATTO PREVIGENTE NOMENCLATORE	157.261.846 €
IMPATTO NUOVO NOMENCLATORE	204.883.345 €
IMPATTO NETTO	47.621.499 €
Impatto complessivo stimato	<u>549.896.617 €</u>

In conclusione l'impatto complessivo della proposta tariffaria risulta pari a 502,3 milioni di euro per la specialistica ambulatoriale e ad euro 47,6 milioni per la protesica, per un totale di 549,9 milioni di euro.

Per la copertura di tale fabbisogno verrà utilizzata la copertura già prevista nel DPCM LEA 12 gennaio 2017, pari a 380,7 milioni di euro e, per far fronte ai maggiori costi associati alla presente relazione tecnica pari a 169,2 milioni di euro (€ 169.196.617), quota parte del finanziamento di cui all'articolo 1, comma 288, della legge n. 234/2021.



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*

DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE

UFFICIO II

Prot. n.
Rif. prot. entrata n. 224622 del 24/10/2024
Risposta a nota n. 46903 del 24/10/2024
Allegati

All'Ufficio di Gabinetto
ufficiodigabinetto@pec.mef.gov.it

e, p.c.
All'Ufficio Legislativo Economia
legislativo.economia@pec.mef.gov.it

OGGETTO: Schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente le nuove tariffe relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica di cui al dPCM 12 gennaio 2017.

Si fa riferimento allo schema di decreto in oggetto, trasmesso da codesto Gabinetto con nota n. 46903 del 24 ottobre 2024.

Trattasi di schema di decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze che aggiorna le tariffe previste dal decreto Ministeriale 23 giugno 2023, la cui entrata in vigore, originariamente prevista al 1° gennaio 2024, è stata, con successivi decreti (decreto 31 dicembre 2023 e decreto 31 marzo 2024), posticipata dapprima al 1° aprile 2024 e successivamente al 1° gennaio 2025. Si evidenzia che, in occasione della seconda proroga, era stata evidenziata, dal Ministero della salute e dalle regioni, su talune tariffe la necessità di approfondimenti.

Al riguardo, nel richiamare quanto segnalato con le note di questo Dipartimento prot. 36095 del 19/02/2024 e ribadito con la nota prot. 63534 del 28/03/2024 e con la nota prot. 63534 del 31/03/2024, per quanto di competenza, sul piano tecnico si prende atto che il Ministero della salute ha inteso proporre, a seguito di analisi sui tariffari regionali e sulla base di informazioni raccolte nei

mesi di giugno e luglio 2024, nonché di ulteriori interlocuzioni avvenute con i rappresentanti di associazioni di operatori privati nel mese di settembre-ottobre 2024, la revisione di diverse tariffe.

Le analisi condotte sono state illustrate nell'ambito della Commissione permanente tariffe riunitasi lo scorso 6 agosto e, da ultimo, lo scorso 11 ottobre anche alla presenza del rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze che ha ribadito la necessità di disporre degli impatti del nuovo lavoro svolto al fine di verificarne la compatibilità con le risorse disponibili a legislazione vigente.

La proposta di decreto in esame comporta un maggior costo di circa 169,2 milioni di euro annui rispetto a quello destinato dal dPCM LEA 12 gennaio 2017 alla definizione delle tariffe di specialistica ambulatoriale e della protesica (pari a 380,7 milioni di euro). Il predetto maggior costo viene posto a carico della quota riservata dalla legge all'aggiornamento dei LEA pari a 200 milioni di euro (articolo 1, comma 288 della legge n. 234 del 2021) che reca sufficiente disponibilità.

Si prende altresì atto della indicazione, da parte del Ministero della salute, della data di entrata in vigore del nuovo tariffario al 1° dicembre 2024. Si conferma la fattibilità tecnica per l'adeguamento, nei tempi indicati dallo schema di decreto, delle procedure della ricetta elettronica a livello nazionale del Sistema Tessera Sanitaria.

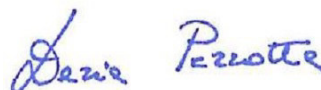
Stante quanto sopra rappresentato, nulla osta all'ulteriore corso del provvedimento.

Occorre tuttavia ricordare che il provvedimento in oggetto è propedeutico all'entrata in vigore dello schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante modifiche e integrazioni al dPCM 12 gennaio 2017 e dello schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, recante "Primo aggiornamento del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 in materia di livelli essenziali di assistenza" sui quali questo Dipartimento si è espresso con la citata nota prot. 36095 del 19/02/2024, comunicando di non avere osservazioni da formulare circa l'ulteriore corso dei medesimi provvedimenti. In tale sede si era segnalato, in particolare, che gli oneri derivanti da tale schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri trovavano copertura nell'ambito delle risorse allo scopo previste dall'articolo 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021 e dall'articolo 1, comma 235, della legge n. 213 del 2023.

Alla luce del quadro in precedenza indicato, si segnala che, per il perfezionamento dell'*iter* dei suddetti schemi di modifica di dPCM e di D.M., è necessario rappresentare che, allo stato, sono disponibili coperture, nell'anno 2024, pari a 80,8 milioni di euro (di cui 30,8 milioni derivanti dal citato articolo 1, comma 288, della legge n. 234 del 2021 e 50 milioni previsti

dall'articolo 1, comma 235, della legge n. 213 del 2023), a fronte di un onere stimato su base annuale pari a 152 milioni di euro.

Il Ragioniere Generale dello Stato

A handwritten signature in blue ink, reading "Denis Perrotte". The signature is written in a cursive style with a large initial 'D'.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Il Direttore Generale

Al Capo di Gabinetto del Ministero della Salute

Dott. Marco Mattei

gab@postacert.sanita.it

e p.c.

Al Capo Dipartimento della Programmazione,
dei dispositivi medici, del farmaco e delle
politiche in favore del SSN

Prof. Francesco Saverio Mennini

dip.programmazione@postacert.sanita.it

Al Direttore dell'ex Direzione Generale della
Programmazione Sanitaria

Prof. Americo Cicchetti

dgprog@postacert.sanita.it

OGGETTO: Schema di decreto del Ministro della salute concernente le nuove tariffe relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica di cui al DPCM 12 gennaio 2017 - PARERE

Si fa seguito alla nota Vs protocollo n. 14983 del 23.10.2024 di pari oggetto, con la quale in coerenza con quanto disposto dall'art. 64, comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, si chiede alla scrivente Agenzia di voler esprimere il proprio parere in merito allo schema di decreto concernente le nuove tariffe relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica di cui al DPCM 12 gennaio 2017.

Con riferimento alla relazione metodologica allegata allo schema di decreto in oggetto, richiamando quanto già contenuto nel parere Agenas prot. n. 8169 del 31.08.2022, si esprimono riserve in ordine all'approccio metodologico seguito. La revisione tariffaria, infatti, non tiene conto della rilevazione dei costi dei fattori produttivi impiegati nell'erogazione delle prestazioni, bensì è sostanzialmente frutto del confronto con i tariffari regionali. Tale metodo, per quanto previsto dalla normativa di riferimento, dovrebbe in ogni caso basarsi sull'analisi delle relazioni tecniche-metodologiche allegate agli atti regionali, allo scopo di approfondire se la definizione



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

delle tariffe ivi contenute derivi da oggettive valutazioni tecniche, come la rilevazione dei costi, o sia frutto di considerazioni di opportunità programmatiche contingenti.

Si riporta qui l'auspicio, per il futuro, di voler creare un gruppo stabile e permanente di strutture pubbliche e private accreditate, da selezionarsi secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità secondo quanto dettato dalla normativa di riferimento, oltre che sulla base del possesso di adeguati sistemi gestionali amministrativo – contabili, allo scopo di poter acquisire stabilmente la rilevazione dei costi di erogazione delle prestazioni. Ciò al fine di utilizzare la rilevazione dei costi come base efficace per la costruzione e l'aggiornamento periodico delle tariffe.

In conclusione, la scrivente Agenzia esprime parere favorevole all'emanazione del decreto di definizione delle tariffe massime nazionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica e protesica, in quanto esso rappresenta la concreta opportunità di attuazione, in modo uniforme a livello nazionale, del DPCM del 12 gennaio 2017.

Con l'occasione, e ad integrazione di quanto espresso, si rappresenta la richiesta della scrivente Agenzia a voler integrare il nomenclatore tariffario in emanazione con la proposta tariffaria inoltrata con prot. n. 12285 del 23.10.2024 riferita alle prestazioni di telemedicina, affinché si possa auspicabilmente concretizzare anche l'erogazione delle prestazioni assistenziali in modalità telematica.

Distinti saluti

Dr. Domenico Mantoan

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Domenico Mantoan', written over the typed name.