

A.G.C. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. - **Deliberazione n. 1269 del 16 luglio 2009 – Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti delle disposizioni in materia di prestazioni sanitarie acquistate da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati, in conseguenza della razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali operata dalla L.R. 16/08 e dalle DGRC n. 504 e n. 505 del 20 marzo 2009, e annullamento delle DGRC n. 1149/09 e n. 1232/09**

PREMESSO

- che nella seduta del 19 giugno 2009 la Giunta Regionale ha approvato la delibera n. 1149, recante per oggetto: *“Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti delle disposizioni in materia di prestazioni sanitarie acquistate da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati, in conseguenza della razionalizzazione degli ambiti territoriali e distrettuali delle Aziende Sanitarie Locali operata dalla L.R. 16/08 e dalle DGRC n. 504 e n. 505 del 20 marzo 2009”*;
- che la DGRC n. 1149/09 è stata rettificata per errata correzione nell'allegato n. 2 (assistenza ospedaliera) con delibera della Giunta Regionale n. 1232 del 10 luglio 2009;

CONSIDERATO

- che la DGRC n. 1149/09 ha fissato:
 - nel punto 18 del dispositivo, **al 10 luglio 2009** il termine entro il quale le Aziende Sanitarie Locali dovevano *“... conformare alle disposizioni recate dalla presente delibera, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, i budget per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni, già stabiliti per l'esercizio 2009 in adempimento delle DGRC n. 517/07 e n. 1268/08 per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria da acquistare nell'esercizio 2009 da terzi convenzionati o strutture sanitarie private accreditate o provvisoriamente accreditate, e adeguare i Protocolli d'Intesa già stipulati per l'esercizio 2009 con le medesime Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative (o stipulare ex novo, qualora non abbiano già provveduto), agli schemi esposti negli allegati A\1 e A\2 alla presente delibera. Entro la stessa data, in mancanza di accordo tra le ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, le ASL medesime provvederanno a notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti”*;
 - nel punto 19 del dispositivo, **al 15 luglio 2009** il termine entro il quale *“... le Aziende Sanitarie Locali e le singole strutture sanitarie private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, dovranno aver sottoscritto i contratti in applicazione dei richiamati protocolli d'intesa per l'esercizio 2009. Dalla stessa data le Aziende Sanitarie Locali sono tenute a cessare la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate o provvisoriamente accreditate che non siano addivenute alla stipula del contratto”*;
- che le Associazioni di Categoria e la maggior parte delle strutture private stanno rifiutando di sottoscrivere, rispettivamente, i Protocolli d'Intesa ed i conseguenti contratti, *“... fino a quando non saranno espunte le gravose clausole contenute agli artt. 11 e 12”*, come dichiarato dal Presidente dell'AIOP - Associazione Italiana Ospedalità Privata - Campania con nota del 6.7.09, prot. n. 1127, e confermato dalle ASL di Benevento, di Caserta e di Napoli 1 Centro anche per quanto riguarda le Associazioni di Categoria della Specialistica e della Riabilitazione, rispettivamente, con E-Mail del 10.7.09, con nota prot. n. 1474/CG di pari data, e con nota del 14.7.09, prot. n. 0057443;
- che il TAR Campania – Sezione I – con decreto del Presidente ff. del 10.7.09, vista l'istanza di misure cautelari avanzata dall'AIOP Campania il 9.7.09, *“... rilevato che sussistono i presupposti della estrema gravità ed urgenza per disporre la sospensione – sino alla pronuncia del collegio, cui l'istanza cautelare va sottoposta nella prima camera di consiglio utile – del termine del 15 luglio 2009 fissato per la stipula dei contratti dal punto 19 della delibera impugnata ... con-*

siderato che per la trattazione della domanda di sospensione va fissata la camera di consiglio del 29 luglio 2009 ... P.Q.M. accoglie l'istanza di misure cautelari provvisorie e per l'effetto sospende la delibera impugnata nei limiti di cui in motivazione";

- che analogamente, visto il ricorso presentato dalle Associazioni FEDERLAB – SBV, Confindustria Sanità, Confederazione Centri Antidiabetici ed ASPAT (Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale), nonché da n. 27 centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, il Presidente ff. del TAR Campania – Sezione I – con decreto del 14 luglio 2009 ha reiterato le sopra riportate disposizioni già emesse in seguito al ricorso dell'AIOP;

RITENUTO

- che a seguito di una nuova valutazione dell'interesse pubblico - tenuto conto che il citato contenzioso già attivato da diverse Associazioni di Categoria in merito alla legittimità dell'inserimento nei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di categoria e nei conseguenti contratti con i singoli operatori privati delle clausole di sospensione dell'accreditamento e/o di acquiescenza ai provvedimenti regionali, possa ritardare ulteriormente il perfezionamento dei suddetti atti negoziali, con gravi conseguenze negative sul controllo della spesa sanitaria e valutati altresì gli interessi dei destinatari e dei controinteressati - è opportuno procedere in via di autotutela, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 nonies della legge 241/90 e s.m. e i. all'annullamento d'ufficio delle citate delibere n. 1149/09 e n. 1232/09, sussistendone le ragioni di interesse pubblico;

DATO ATTO

- che la fissazione dei limiti di spesa, anche se tardiva, rappresenta comunque l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo, che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per remunerare le prestazioni erogate, come statuito da ultimo dal TAR Campania – Sezione I – con sentenza n. 3253/2009 del 12 giugno 2009;
- che l'art. 6, comma 1, lettera f) del sopra citato *Accordo* del 13 marzo 2007 stabilì, a pena di nullità dell'*Accordo* medesimo, che la Regione Campania avrebbe adottato entro il 31 marzo 2007 una delibera di determinazione dei volumi complessivi di attività massima per il comparto privato accreditato per gli anni 2007, 2008 e 2009 non superiori a quelli programmati nel *Piano di Rientro* allegato allo stesso *Accordo*, con la determinazione dei relativi tetti di spesa;
- che tale condizione è stata adempiuta con la deliberazione della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007, pubblicata sul B.U.R.C. n. 23 del 23 aprile 2007, recante per oggetto: "*Volumi di prestazioni sanitarie 2007, 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti spesa*", nella quale, tra l'altro, si è stabilito che:
 - gli obiettivi di costo esposti nel suddetto *Piano di Rientro* costituiscono aggiornamento della programmazione regionale per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010 ai sensi dell'art. 3 della legge regionale 28 dicembre 2005, n. 24;
 - gli obiettivi di contenimento dei costi 2007-2009 fissati dal *Piano di Rientro* per quanto riguarda i costi delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica, riabilitativa, ospedaliera, integrativa, protesica ed altra assistenza, che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da terzi, sono definiti e ripartiti tra le singole ASL come esposto negli allegati da n. 6 a n. 9 della stessa delibera;
 - che tali obiettivi, complessivamente, risultano compatibili con la programmazione quantitativa ed economica effettuata dalle aziende sanitarie per l'esercizio 2006 ed esposta negli allegati n. 2 e n. 3 della stessa delibera, e rispettano integralmente i volumi complessivi di attività massima per il comparto privato accreditato ed i correlati limiti di spesa per gli anni 2007, 2008 e 2009, programmati nel *Piano di Rientro* allegato allo stesso *Accordo*;
 - che rimangono confermate per gli esercizi 2007-2010 le procedure e le modalità di attuazione dei tetti di spesa già definite dalle precedenti delibere regionali in materia: DGRC n. 1272, 2451, 3133 e 048 del 2003, n. 41 e 2105 del 2004, e n. 2157 del 2005, con gli aggiornamenti e gli adattamenti dei criteri e delle modalità di definizione e di attuazione dei limiti di spesa recati dalla DGRC n. 800 del 16 giugno 2006, dettagliatamente esposti nella delibera medesima e nella Nota Metodologica allegata sub C) alla DGRC n. 800/06;
- che la deliberazione della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007 espressamente richiama in premessa le precedenti deliberazioni regionali in materia e, in particolare:

- la DGRC n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, con la quale la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
 - la DGRC n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, con la quale la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;
 - la DGRC n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, con la quale la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
 - le DGRC n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, con le quali per l'esercizio 2005 la Giunta Regionale ha stabilito:
 - di confermare per le strutture pubbliche di ciascuna Azienda Sanitaria Locale e di ciascuna Azienda Ospedaliera, a fronte dei volumi di prestazioni che si sono impegnate ad assicurare, desunti dalla programmazione aziendale 2005, gli obiettivi di risparmio già assegnati per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048/03 (allegati 4 e 6 della medesima delibera);
 - di confermare per le strutture private provvisoriamente accreditate, per ciascuna area di assistenza sanitaria e per le prestazioni sanitarie erogate ai residenti di ciascuna ASL, tutti i limiti di spesa già definiti per l'esercizio 2004 dalla DGRC n. 048 del 28/11/03 (allegati 3 e 5 della medesima delibera), con i parziali incrementi apportati dalla DGRC n. 2157/05 ai limiti di spesa dell'assistenza specialistica e dell'assistenza ospedaliera;
 - di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
- i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
- la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato;
- la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- la DGRC n. 800 del 16 giugno 2006, pubblicata sul B.U.R.C. n. 29 del 3 luglio 2006, con la quale la Giunta Regionale per l'esercizio 2006 ha:
 - a) definito la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
 - b) confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilite dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermate per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori disposizioni metodologiche ed applicative, dettagliatamente descritte nella

suddetta DGRC n. 800/06 e negli allegati alla medesima;

- che con deliberazione n. 1268 del 24 luglio 2008, avente per oggetto: *“Piano 2007 - 2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti spesa: integrazioni ed aggiornamenti della disciplina recata dalla delibera n. 517 del 30 marzo 2007 per le prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati”* la Giunta Regionale è successivamente intervenuta per:
 - aggiornare i limiti di spesa, già definiti per gli esercizi 2008, 2009 e 2010 nella DGRC 517/07, sulla base della nuova e più dettagliata classificazione richiesta dal *“MODELLO CE – Conto Economico”* di cui al decreto 13 novembre 2007 del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, nonché per *“... tenere conto dei Piani delle Prestazioni 2008 – 2010 forniti dalle aziende sanitarie, degli aggiornamenti intervenuti negli effettivi andamenti consuntivi e programmatici delle singole voci di costo e delle presumibili principali variazioni tariffarie attese”*;
 - modificare e/o integrare le modalità di applicazione dei tetti di spesa per i motivi dettagliatamente esposti nella medesima DGRC 1268/08, con particolare riferimento:
 - alla introduzione del budget di struttura per le case di cura private,
 - alla composizione del limite di spesa tra prestazioni erogate ai residenti nella ASL e prestazioni erogate ai residenti di altre ASL,
 - alle conseguenti modifiche del meccanismo di calcolo della Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.: allegato C alla DGRC 1268/08),
 - alle condizioni necessarie affinché le ASL possano procedere a compensazioni fra sforamenti e sotto utilizzi dei limiti di spesa tra diverse branche della stessa macroarea, e/o tra diverse macroaree della stessa azienda, e/o tra diverse aziende (per la stessa macroarea);

CONSIDERATO, altresì,

- che la legge regionale n. 16 del 28.11.2008, recante *“Misure Straordinarie di Razionalizzazione e Riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale per il Rientro dal Disavanzo”*, ha ridotto da 13 a 7 il numero delle ASL campane, prescrivendo che *“... entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale ... definisce le procedure per l'attuazione del processo di razionalizzazione delle Aziende sanitarie locali, che deve completarsi entro il 30 giugno 2009”*;
- che in attuazione della legge regionale n. 16/2008, la Giunta Regionale con delibera n. 505 del 20 marzo 2009 ha costituito le seguenti nuove ASL, definendone gli ambiti territoriali come specificato nell'allegato n. 1 alla suddetta DGRC n. 505/09 e, quindi, con i seguenti accorpamenti e variazioni:
 - Azienda Sanitaria Locale Avellino: accorpamento delle ex ASL AV1 ed AV2;
 - Azienda Sanitaria Locale Benevento: nessuna variazione;
 - Azienda Sanitaria Locale Caserta: accorpamento delle ex ASL CE1 e CE2;
 - Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro: accorpamento della ex ASL NA1, già comprensiva dei Comuni di Capri ed Anacapri in base alla L.R. 24/06, con il Comune di Portici, che precedentemente rientrava nel territorio della ex ASL NA5;
 - Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord: accorpamento delle ex ASL NA2 e NA3, con l'aggiunta dei Comuni di Acerra e di Casalnuovo, che precedentemente rientrava nel territorio della ex ASL NA4;
 - Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud: accorpamento delle ex ASL NA4 e NA5, a meno dei Comuni di Acerra e di Casalnuovo, trasferiti nel territorio della Nuova Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 nord;
 - Azienda Sanitaria Locale Salerno: accorpamento delle ex ASL SA1, SA2 e SA3;
- che la delibera della Giunta Regionale n. 1037 del 28 maggio 2009, ha stabilito *“... in via retroattiva al 1 gennaio 2009 la data a decorrere dalla quale tutte le operazioni delle precedenti aziende sanitarie sono imputate al bilancio della nuova Azienda Sanitaria Locale, che risulta dalla contestuale estinzione delle precedenti ASL e dalla costituzione delle nuove ASL in attuazione della delibera della Giunta Regionale n. 505 del 20 marzo 2009. Conseguentemente il 1 gennaio 2009*

è la data dalla quale decorre anche il primo esercizio della nuova Azienda Sanitaria Locale ai fini fiscali”;

- che la medesima DGRC n. 1037/09 ha, inoltre, stabilito di fissare:
 - “... al 1 luglio 2009 la data dalla quale tutti i soggetti pubblici e privati erogatori di prestazioni sanitarie soggette al monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere (ai sensi dell'art. 50 della legge n. 326 del 24.11.2003 e s.m.i. e del DM 31.7.07 relativo ai flussi informativi di tracciabilità del farmaco e della distribuzione diretta dei farmaci) dovranno utilizzare la nuova codifica delle ASL e dei distretti sanitari esposta negli allegati A, B e C alla presente delibera, in modo da consentire alle strutture erogatrici pubbliche e private il tempo tecnico necessario per realizzare i necessari adeguamenti informatici; fermo restando un periodo “di grazia” – fino al 31 agosto 2009 – nel quale l'invio di record recanti ancora la precedente codifica sarà tollerato dai controlli informatici e, quindi, non costituirà fattispecie di omissione del debito informativo”;
 - “... al 1 gennaio 2009 la data di decorrenza del nuovo assetto territoriale, con le codifiche esposte negli allegati A, B e C, per tutti i flussi informativi dell'NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute) previsti dal Decreto del Ministero della Salute del 5 dicembre 2006 e s.m.i. e, quindi, per tutti i modelli economico finanziari e gestionali, e per il Monitoraggio della Rete di Assistenza nell'ambito dell'NSIS”;
- che risulta, pertanto, necessario aggiornare gli obiettivi e la programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa, stabiliti per gli esercizi 2009 e 2010 dalla DGRC n. 517/07, come modificata ed integrata dalla DGRC n. 1268/08, in base al nuovo assetto territoriale delle ASL campane, con effetto dal 1 gennaio 2009;
- che tale aggiornamento può essere operato come definito negli allegati da n. 1 a n. 9 alla presente delibera, tenuto conto – in ordine di priorità – dei seguenti fattori:
 - 1) nuovo assetto territoriale delle Aziende Sanitarie Locali e conseguenti accorpamenti e trasferimenti di strutture sanitarie e di assistiti da un'azienda all'altra;
 - 2) richieste delle Aziende Sanitarie Locali di modifica della programmazione regionale dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa;
 - 3) aggiornamenti intervenuti negli effettivi andamenti consuntivi delle diverse macroaree di prestazioni sanitarie e presumibili principali variazioni tariffarie attese;
- che tale aggiornamento comporta, oltre alle modifiche discendenti dal nuovo assetto territoriale, le seguenti principali variazioni, rispetto alla programmazione ex DGRC n. 1268/08, come si evidenzia nell'allegato n. 1 alla presente delibera:
 - riduzione del limite di spesa dell'assistenza specialistica da terzi di € 2,95 milioni per il 2009 e di € 3,32 milioni per il 2010, composta:
 - per € 2,5 milioni nel 2009 ed € 2,8 milioni nel 2010 da maggiori risparmi attesi, tra l'altro, in seguito alla adozione della DGRC n. 642 del 3 aprile 2009 in materia di prestazioni specialistiche erogate ai pazienti diabetici;
 - per € 0,45 milioni nel 2009 ed € 0,52 milioni nel 2010 per aggiornamento del limite di spesa da attribuire alla sperimentazione gestionale pubblico – privato in atto presso la ASL di Salerno ai sensi della DGRC n. 1336 del 15.10.05 – Progetto Radioterapia Stereotassica,
 - aumento del limite di spesa della macroarea della salute mentale e socio sanitario di € 8,0 milioni per il 2009 e di € 8,1 milioni per il 2010, riducendo di pari importo il limite di spesa dell'assistenza riabilitativa ex art. 26, accogliendo in tal modo le specifiche proposte pervenute dalle ASL di Caserta e di Salerno; peraltro, a tale riguardo va richiamata la disposizione recata dall'art. 8 della legge regionale 28 novembre 2008, n. 16 che, nell'ambito delle procedure di verifica disciplinate dal Regolamento della Regione Campania n. 1 del 22 giugno 2007, recante “... la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime ambulatoriale, in regime di ricovero ed in regime residenziale” stabilisce che “... è data priorità all'accreditamento istituzionale dei Centri di riabilitazione di cui all'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, che intendono riconvertire le loro attività in residenze assistenziali sanitarie per disabili o in centri diurni integrati per disabili, delle Case di Cura e delle residenze assistenziali sanitarie per disabili e per anziani nel rispetto dell'ordine cronologico di acquisi-

zione al protocollo regionale delle relative istanze entro e non oltre il 30 giugno 2009”;

- infine, il costo dei servizi di distribuzione diretta di farmaci, relativi alla remunerazione delle farmacie convenzionate nell'ambito della cd. *Distribuzione per Conto*, desunto dal flusso informativo della distribuzione diretta dei farmaci ex DM 31.7.2007, integrato con i dati del Modello CE consuntivo 2008 delle ASL, è risultato di € 3,6 milioni circa, come esposto nell'allegato n. 9 alla presente delibera; si è provveduto, quindi, a ridurre l'obiettivo 2009 di € 2,25 milioni e quello 2010 di € 1,95 milioni, come esposto nell'allegato n. 1 alla presente delibera, in modo da stabilire comunque un incremento dell'obiettivo rispetto all'anno precedente del 7,4% nel 2009 e del 10,4% nel 2010 (rispetto all'incremento annuo dell'1,6% previsto nella DGRC n. 1268/08;
- che nell'operare i suddetti aggiornamenti degli obiettivi e dei limiti di spesa 2009 – 2010, emerge una riduzione del limite di spesa complessivo delle voci economiche sopra elencate, rispetto gli obiettivi fissati dalla DGRC n. 1268/08, pari ad € 5,2 milioni per l'esercizio 2009 ed € 5,27 milioni per l'esercizio 2010, come evidenziato nell'allegato n. 1 alla presente delibera;

TENUTO CONTO

- che la normativa regionale in materia di programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie e correlati limiti di spesa prevede l'istituzione presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale di Tavoli Tecnici tra la ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, con importanti compiti di monitoraggio e di concertazione, come specificato nelle delibere regionali in materia e riportato negli schemi di Protocollo d'Intesa allegati sub A\1, A\1 bis e A\2 alla presente delibera;
- che risulta, pertanto, necessario che le nuove Aziende Sanitarie Locali provvedano immediatamente a costituire i nuovi Tavoli Tecnici tra le ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, per adeguarli alle loro nuove aggregazioni territoriali;
- che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed il Ministero dell'Economia, nell'ambito delle attività di monitoraggio e verifica del Piano di Rientro, hanno espresso in più riprese, e con motivati pareri e prescrizioni, forti preoccupazioni in merito al:
 - frequente superamento in diverse macroaree / branche dei volumi di prestazioni sanitarie programmati e contrattualizzati;
 - frequente ricorso di diversi operatori privati ad azioni giudiziarie avverso gli atti della Regione e/o delle Aziende Sanitarie Locali, relativi alla programmazione dei volumi di prestazioni sanitarie da acquistare dai privati e dei correlati limiti di spesa;
- che risulta, quindi, necessario, adottare correttivi e miglioramenti delle disposizioni regionali in materia, per contrastare comportamenti che finiscono per configurarsi in contrasto o in elusione del dettato dell'art. 8-quinquies, comma 2-quinquies del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i.;
- che risulta, a tal fine, opportuno, responsabilizzare maggiormente ogni singola struttura privata in merito al rispetto di un proprio budget, fermo restando l'affiancamento di strumenti che premiano la maggiore qualità e competitività delle singole strutture;
- che diverse Associazioni di Categoria delle strutture private accreditate o provvisoriamente accreditate, tra le quali si citano l'A.N.P.R.I.C. (Associazione Nazionale Presidi di Riabilitazione Convenzionati) e la F.O.A.I. (Federazione degli Organismi per l'Assistenza alle Persone Disabili), hanno chiesto che l'introduzione di budget di struttura per ogni singolo centro operante nelle macroaree della riabilitazione ex art. 26, della salute mentale e socio sanitario, e per la branca specialistica della riabilitazione ex art. 44 (FKT);
- che per le prestazioni di assistenza ospedaliera la sopra citata DGRC n. 1268/08 ha introdotto il cd. *Budget di Struttura*, in base al quale, con i criteri specificati nella medesima delibera:
 - ciascuna ASL ripartisce alle Case di Cura private operanti sul suo territorio il 90% del tetto di spesa assegnato alla ASL, che costituisce il cd. *Budget di Struttura* e viene remunerato a tariffa piena;
 - il rimanente 10% del limite di spesa viene riservato dalla ASL per essere ripartito a consuntivo alle Case di Cura operanti sul territorio della ASL, in modo da attenuare le regressioni tariffarie applicate all'eventuale superamento del *Budget di Struttura*, purché si tratti di ricoveri di alta complessità e/o di particolare interesse, secondo i criteri stabiliti nella DGRC n. 1268/08;
- che, per le altre macroaree e branche di prestazioni sanitarie, le precedenti delibere regionali in materia di tetti di spesa già prevedevano il seguente criterio di remunerazione delle prestazioni,

ripreso dall'art. 5, comma 1 dell'allegato A\1 alla DGRC n. 1268/08 (ma riscontrabile anche nell'allegato A\1 della DGRC 517/07 e così via, risalendo fino all'allegato A\1 della DGRC 2451/03): "... *La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera dalla Giunta Regionale - che saranno riconosciute per intero per le prime _____ prestazioni erogate da tutte le strutture. Per le ulteriori prestazioni, saranno definite, con le modalità individuate dal tavolo tecnico costituito ai sensi dell'art. 6, bande di regressioni tariffarie, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. ...*";

- che, pertanto, per tutte le altre macroaree e branche di prestazioni sanitarie, in parziale analogia con la richiamata modalità del *Budget di Struttura* ed ai fini della migliore attuazione della programmazione regionale, è opportuno fornire un indirizzo regionale uniforme e prudentiale alla attuazione dei criteri di remunerazione già previsti nel citato art. 5, comma 1, disponendo le seguenti modalità attuative, recepite nella nuova formulazione dell'art. 5 dell'allegato A\1 (per il 2009) e A\1 bis (per il 2010) alla presente delibera:

per l'esercizio 2009:

la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009 non potrà superare l'85% del limite di spesa stabilito per la macroarea / branca / tipologia di prestazioni, rimanendo l'ulteriore 15% disponibile per la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009; l'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la Regressione Tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati; al fine di assicurare la massima trasparenza e di responsabilizzare maggiormente i singoli centri privati, oltre al normale monitoraggio del consumo dei tetti di spesa, già previsto nell'ambito dei Tavoli Tecnici con le Associazioni di Categoria, le ASL provvederanno ad inviare a ciascuna struttura privata, a mezzo raccomandata A.R., la situazione di consumo dei volumi di prestazioni programmati e dei correlati limiti di spesa, aggiornata rispettivamente al 30.6.09 ed al 31.8.09, per singola macroarea / branca / tipologia di prestazioni;

per l'esercizio 2010:

- ciascuna ASL effettuerà in via preliminare, con i criteri già definiti al riguardo dalle precedenti delibere regionali in materia, la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni; successivamente, ripartirà il tetto di spesa stabilito per ogni branca / tipologia di prestazioni (o macroarea, se non suddivisa in branche) alle singole strutture private operanti sul suo territorio con i seguenti criteri:
 - per le strutture già operanti al 1 gennaio 2008: in proporzione al fatturato totale relativo alle prestazioni rese nel periodo 1 gennaio 2007 - 30 giugno 2008 e nel I semestre 2009 (fatturato riconosciuto dopo i controlli formali e sostanziali, al lordo delle regressioni tariffarie e, per la specialistica ambulatoriale, al netto dello sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06); l'esclusione del secondo semestre 2008 è utile per evitare che la base di ripartizione alle singole strutture sia influenzata da comportamenti non uniformi dei centri privati in tale periodo, riguardo alla continuazione nella erogazione delle prestazioni anche dopo l'esaurimento del tetto di macroarea / branca;
 - per le strutture nuove (in quanto accreditate nel 2008 o successivamente, tenuto anche conto della programmazione 2009 e 2010 degli accreditamenti istituzionali, delegati alle ASL dalla legge regionale n. 16/08) e/o per tipologie di prestazioni precedentemente non riconosciute: in proporzione alla stima del fatturato (come sopra definito) riconoscibile nel 2010, che la ASL dovrà formulare, sentito in proposito il parere – non vincolante – del Tavolo Tecnico costituito presso la ASL con le Associazioni di Categoria della sanità privata ai sensi della vigente normativa regionale in materia di tetti di spesa;
 - per tutte le strutture: tenuto conto di eventuali aggiornamenti del fabbisogno delle ASL in merito ai volumi ed alle tipologie di prestazioni sanitarie, nonché al mix tra prestazioni per i propri residenti e prestazioni rese in mobilità attiva;

- eventuali situazioni particolari potranno essere singolarmente esaminate nell'ambito del Tavolo Tecnico congiunto ASL – Associazioni di Categoria, che dovrà formulare una relazione di valutazione complessiva della ripartizione effettuata dalla ASL, da allegare al Protocollo d'Intesa;
- la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni, nonché del limite di spesa attribuito alle singole strutture private, di cui al punto precedente, dovrà essere definita da ciascuna ASL entro il 20 ottobre 2009 e sottoposta alla approvazione della Giunta Regionale, che delibererà in merito entro il 20 novembre 2009; successivamente, le ASL dovranno provvedere a stipulare i conseguenti Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria (ovvero, in caso di mancato accordo, alla notifica del Protocollo alle Associazioni ed alle singole strutture) entro il 5 dicembre 2009, ed alla stipula dei contratti con le singole strutture entro il 20 dicembre 2009;
- la remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite annuo di spesa, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - a) 85%. distribuito su base media mensile, a tariffa piena;
 - b) ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 30%;
 - c) ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 50%;
 - d) residuo 5%, riservato alla decisione, che assumerà unilateralmente l'Azienda Sanitaria Locale entro il 31 ottobre dell'anno in corso, di mettere a disposizione tale importo:
 - i. in tutto o in parte, per ridurre le regressioni tariffarie di cui alle precedenti lettere b) e c);
 - ii. in tutto o in parte, per stipulare accordi integrativi (ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLGS 502/92 e s.m.i., comma 2, lettera e-bis), a tariffa scontata, per l'acquisto di tipologie di prestazioni per le quali la ASL ritiene opportuno o necessario avvalersi delle strutture private.
- la ripartizione dei limiti di spesa effettuata con i criteri sopra definiti sarà allegata al Protocollo d'Intesa e si intenderà espressamente accettata da ciascuna struttura privata all'atto della sottoscrizione del contratto; l'importo ripartito a ciascuna struttura dovrà essere espressamente evidenziato nel contratto che la medesima struttura è tenuta a stipulare con la ASL ai sensi dell'art. 8-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; gli scaglioni di remunerazione di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1 saranno applicati sul progressivo mensile complessivo del valore della produzione delle singole strutture nei limiti della ripartizione del tetto di spesa della macroarea / branca attribuita ad ogni singola struttura; il mancato pieno utilizzo degli scaglioni da parte di alcune strutture si renderà disponibile per incrementare la disponibilità residua di cui alla precedente lettera d) punto i), in modo da attenuare la regressione tariffaria applicata alle altre strutture;
- che risulta, poi, opportuno e necessario prevedere fin dall'esercizio in corso clausole contrattuali volte a:
 - limitare la fatturazione mensile dei centri privati e delle case di cura agli acconti effettivamente liquidabili, stabilendo al contempo scadenze precise e ravvicinate entro le quali le ASL devono completare i controlli di merito ed applicare le regressioni tariffarie, in modo da consentire che la fatturazione a saldo avvenga direttamente per il residuo effettivamente riconoscibile, ed anche al fine di fornire elementi di certezza ad eventuali operazioni di anticipazioni su fatture ed evitare che, attraverso azioni esecutive sull'intero fatturato, i centri privati possano ottenere il pagamento di quote di fatturato non dovute;
 - devolvere ogni controversia relativa alla interpretazione o applicazione dei Protocolli d'Intesa e dei conseguenti contratti sottoscritti ai sensi della presente delibera, nonché di ogni altra pretesa, alla cognizione del giudice ordinario o amministrativo, con espressa esclusione della

possibilità di compromettere per arbitri le controversie medesime;

- che le prescrizioni ed i pareri espressi dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in data 21.11.08 e 3.12.08, che si allegano alla presente delibera, evidenziano che:

“... Consentire agli operatori privati di sottoscrivere il contratto, onde sottrarsi alla sanzione della sospensione dell'accreditamento comminata dall'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito in Legge n. 133/2008), pur avendo gli stessi operatori sollevato espressa riserve su elementi (peraltro fondamentali) del contratto o pur avendo, sempre gli stessi operatori, impugnato i prodromici provvedimenti dell'amministrazione regionale (onde conseguire, per via giudiziaria, un risultato concreto differente da quello per il quale si sono impegnati sottoscrivendo il contratto con il SSR), comporterebbe, fra l'altro:

- *l'elusione il dettato normativo introdotto dal citato D.L. 112/2008;*
- *la sottoposizione della programmazione sanitaria regionale all'alea dei giudizi instaurati dagli operatori privati;*
- *la sottomissione della Regione ad onorare contratti che, nel corso della loro esecuzione, potrebbero dover essere rivisti in base all'esito al giudizio, qualora quest'ultimo venisse ad incidere su un elemento fondamentale del contratto;*
- *l'inibizione – di fatto - di una corretta e preventiva programmazione dei costi economici – finanziari a carico del SSR.*

E' evidente, in siffatta situazione, il contrasto e la contraddittorietà fra la dichiarazione, espressa dalla parte privata con la firma del contratto, e l'effettiva (contraria) volontà, sempre di parte privata, di non accettare alcuni elementi essenziali del contratto sottoscritto. Tale contraria volontà (non costituita da una pura riserva mentale) è manifesta, laddove - dal contraente privato - vengono sollevate espressa riserve o viene rimesso al sindacato dell'autorità giudiziaria la (ri)determinazione di elementi contrattuali nel corso dell'esecuzione del contratto sottoscritto, ed eventualmente in parte già eseguito ...”,

- che, pertanto, in base ai suddetti pareri, oltre alla mancata sottoscrizione del contratto, configura la fattispecie di elusione, da parte degli operatori privati, del dettato dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del d.l. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008), anche l'espressione, nel contratto stesso o in documenti a latere, di riserve e/o dichiarazioni contrastanti con il contenuto negoziale dello stesso; nonché l'impugnativa, da parte del soggetto firmatario del contratto, dei provvedimenti regionali e/o degli atti della ASL presupposti, connessi e conseguenti; pertanto, conclude il sopra citato parere del 3.12.08: *“... A tal fine si ritiene quindi che ... alle strutture accreditate, che abbiano mantenuto ferme le riserve, le contestazioni e le azioni giudiziarie intraprese (o minacciate), sia sospeso il rapporto di accreditamento, non essendosi perfezionato il contratto ...”;*
- che costituisce fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008):
 - a) la mancata sottoscrizione del contratto relativo ai limiti di spesa dell'anno in corso entro 10 giorni dalla richiesta della ASL di sottoscrivere tale contratto;
 - b) la sottoscrizione del contratto con apposizione di riserve, espresse nello stesso, ovvero in comunicazioni e/o documenti a latere, dai quali si evinca la persistenza di una volontà del soggetto firmatario del contratto in contrasto con il contenuto negoziale dello stesso;
- mentre può costituire fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del d.l. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008):
 - c) l'impugnativa, da parte del soggetto firmatario del contratto, della presente delibera e/o degli atti della ASL presupposti, connessi e conseguenti, con espresso riferimento alla ripartizione dei limiti di spesa per macroarea / branca / tipologia di prestazioni / singola struttura;
 - d) il perseguimento di azioni esecutive su quote di fatturato, anche di anni precedenti, che la

ASL ha formalmente comunicato non essere liquidabili, in quanto abbattute dalla regressione tariffaria necessaria per il rispetto dei tetti di spesa e/o per altri motivi (controlli sanitari, soglie di non appropriatezza, ecc.): fattispecie da valutarsi nel caso specifico, qualora si configuri una grave violazione del dovere di correttezza e buona fede nell'adempimento contrattuale;

le ASL sono tenute a fornire all'Assessorato alla Sanità entro il 7 agosto 2009 l'elenco di tutte le strutture private p.a. o accreditate, allegando i contratti sottoscritti in attuazione della presente delibera ed indicando espressamente quali strutture ricadono nelle previsioni di cui alle precedenti lettere a), b), c) o d);

la Giunta Regionale entro il 15 settembre 2009 ratificherà la sospensione dell'accreditamento *ipso jure* nelle ipotesi a) e b); e, sentito il parere dell'Avvocatura Regionale sul caso specifico, delibererà in merito alla sospensione dell'accreditamento nelle ipotesi c) e d);

le ASL sono, comunque, tenute a comunicare immediatamente all'Assessorato alla Sanità il successivo insorgere di una delle fattispecie sospensive (sopra elencata), in modo che sia attivato il sopra descritto iter di deliberazione da parte della Giunta Regionale;

nei casi in cui si procederà alla sospensione dell'accreditamento, le Aziende Sanitarie Locali dovranno accantonare nel proprio bilancio, per trimestre solare ed a consuntivo, in un apposito fondo rischi, la parte del tetto di spesa che altrimenti sarebbe stata liquidata alla struttura interessata, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso;

- che l'adozione della sopra descritta procedura consente di rimuovere le clausole di sospensione dell'accreditamento e di acquiescenza ai provvedimenti regionali dagli schemi di Protocollo d'Intesa con le Associazioni di Categoria e dai conseguenti contratti con le strutture private, che possono pertanto essere sottoscritti entro il 7 agosto 2009, in modo da fornire un quadro di certezza contrattuale alla operatività dei centri privati e delle Aziende Sanitarie Locali, senza che la stipula dei contratti sia subordinata agli esiti di un contenzioso che potrebbe durare anche molti mesi o anni, stante la possibilità di ricorsi ad istanze superiori;
- che al fine di rendere il più possibile sollecita la definizione dei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e dai conseguenti contratti con le strutture private, si allegano alla presente delibera:
 - sub **A11**: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi l'esercizio 2009 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A11 bis**: lo schema di Protocollo d'Intesa previsto per l'esercizio 2010 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A12**: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi per gli esercizi 2009 e 2010 per la macroarea dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A13**: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole strutture private, valido per l'esercizio 2009 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A14**: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole case di cura, valido per gli esercizi 2009 e 2010 per la macroarea dell'assistenza ospedaliera;
- che tali schemi, per effetto dell'annullamento d'ufficio in via di autotutela ai sensi dell'art. 21 nonies legge n. 241/90 e s.m.i. della delibera della Giunta Regionale n. 1149 del 19 giugno 2009, come rettificata per errata corrige dell'allegato n. 2 con DGRC n. 1232 del 10 luglio 2009, dovranno essere utilizzati dalle ASL per stipulare i Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e/o i conseguenti contratti con le singole strutture private entro il 7 agosto 2009;
- che fin dall'esercizio in corso, infine, allo scopo di favorire la continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, oltre al generale divieto per ciascuna struttura privata provvisoriamente accreditata o accreditata di incrementare in misura superiore al 10% la propria produzione a carico del S.S.R., rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, già stabilito dalle precedenti delibere regionali in materia di tetti di spesa, per le varie macroaree / branche / tipologie di prestazioni (ad esclusione – per la propria specificità - della macroarea dell'assistenza ospedaliera) è opportuno istituire anche il divieto di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (come definito al comma 6 dell'art. 4 dello schema di Protocollo d'Intesa allegato sub A11 e A11 bis), che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / branca / tipo-

logia di prestazioni oggetto del Protocollo d'Intesa; fermo restando che, come già previsto per il limite di incremento della produzione, l'eventuale superamento del limite all'incremento del valore medio delle prestazioni potrà essere consentito sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico ASL – Associazioni di Categoria (in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);

RITENUTO

- che, per effetto di quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 94/2009 del 1 aprile 2009, trova piena applicazione la disposizione recata dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo la quale: *"... fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto ..."*;
- che, per agevolare ed assicurare uniformità nella applicazione della legge richiamata, nell'allegato n. 11 alla presente delibera viene esposto l'importo dello sconto, calcolato con riferimento a ciascuna prestazione specialistica del nomenclatore vigente nel 2007 e 2008 e fatte salve successive modifiche dello stesso;
- che, conseguentemente, l'importo dello sconto totale da applicare per le diverse branche dell'assistenza specialistica acquistata da centri privati è stimabile in circa € 34 milioni per l'esercizio 2008 (e, quindi, con una riduzione di circa il 5%, in circa € 33 milioni per l'esercizio 2007), come esposto nell'allegato n. 10 alla presente delibera;
- che, comunque, le ASL dovranno provvedere a calcolare l'importo dello sconto dovuto da ogni centro privato per il 2007 e per il 2008, applicando lo sconto unitario esposto nell'allegato n. 11 alla presente delibera al numero di prestazioni effettuate in tali esercizi, distintamente per ogni codice di prestazione; e che tale modalità operativa dovrà essere applicata anche all'esercizio in corso, finché non interverranno le nuove tariffe massime nazionali (e le conseguenti determinazioni della Regione Campania), attese in attuazione dell'art. 8 del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito con modifiche nella legge 28 febbraio 2008, n. 31, che ha modificato l'art. 1, comma 170, della legge n. 311 del 2004, disponendo che *"... con cadenza triennale a far data dall'emanazione del decreto di ricognizione ed eventuale aggiornamento delle tariffe massime di cui al precedente periodo, e comunque, in sede di prima applicazione, non oltre il 31 dicembre 2008, si procede all'aggiornamento delle tariffe massime, anche attraverso la valutazione comparativa dei tariffari regionali, sentite le società scientifiche e le associazioni di categoria interessate ..."*;
- che tale sconto, ancorché calcolato con riferimento alle tariffe del DM 22 luglio 1996, come esposto nell'allegato n. 11 alla presente delibera, può essere inteso come sconto di natura forfetaria, da applicare al fatturato prodotto in base alle vigenti tariffe regionali, come autorevolmente interpretato da diverse Regioni (si veda ad es. la delibera della Giunta Regionale della Lombardia n. 4239 del 28.2.07); peraltro, la stessa lettera della norma, nonché la disamina della questione di legittimità esposta nella citata sentenza della Corte Costituzionale, evidenzia che la legge determina solo la *misura dello sconto* e non anche della *tariffa scontata*, lasciando inalterati i diversi tariffari regionali vigenti;
- che al riguardo, in merito alle corrette modalità di applicazione dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/2006 per gli esercizi 2007 e 2008, sono stati posti diversi quesiti dalle Associazioni di Categoria e dalle ASL, tra i quali si citano: FEDERLAB con nota del 21.5.09 prot. n. 3091, prot. Regione n. 459237 del 26.5.09; S.N.R. – Sindacato Nazionale Area Radiologica con nota del 3.6.09, prot. Regione n. 512032 del 11.6.09; la ASL di Salerno con nota del 9.4.09 prot. n. 124, secondo cui *"... a seguito della pronuncia della Corte Costituzionale ... con la quale è stata sancita la legittimità degli sconti ... risulta allo stato evidente la necessità di un provvedi-*

mento regionale in merito, al fine di evitare comportamenti difformi tra le varie AASSLL ed inutili contenziosi con le Strutture ...”;

- che risulta utile, al riguardo, far presente che la normativa regionale in materia di tetti di spesa ha configurato la regressione tariffaria alla stregua di uno sconto ex post: si veda ad esempio l'allegato C alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, nel quale si precisa che una volta determinato “... l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro al ... superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera ... il Centro ... è tenuto ad emettere alla ASL nota credito per tale importo, che costituisce la regressione tariffaria unica (R.T.U.) in quanto si riferisce a tutto il fatturato dell'anno ...”;
- che, coerentemente con questa impostazione, nella riunione con i Referenti Aziendali per i Tetti di Spesa del 22 novembre 2007, convocata dal dirigente del Settore Programmazione Sanitaria con lettera del 19.11.07, prot. n. 980623, per discutere degli aspetti controversi concernenti la determinazione degli sconti ex lett. o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006, di cui si allega il verbale sub B) alla presente delibera, si concordò (in linea tecnica) che la determinazione dell'importo con cui i diversi centri privati concorrono all'eventuale sfioramento del tetto di spesa (importo da dedurre, poi, in regressione tariffaria) sia effettuata sul loro fatturato al lordo (PRIMA) dello sconto ex lettera o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006, con le modalità di calcolo esemplificate nell'esempio allegato a detto verbale, in modo che lo sconto intervenga ad integrazione della eventuale regressione tariffaria e non in aggiunta alla stessa;
- che, comunque, per l'anno in corso, come sopra specificato, i limiti di spesa attribuiti alle diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale dovranno essere definiti dalle ASL tenendo già conto (e, quindi, al netto) dello sconto ex lett. o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006;

CONSIDERATO, inoltre,

- che, al fine di tenere conto della specificità delle prestazioni di dialisi, in corso di passaggio dall'assistenza indiretta all'accreditamento istituzionale, la sopra citata DGRC n. 1268/08 ha autorizzato le Aziende Sanitarie Locali, a decorrere dall'esercizio 2008, ad aumentare i volumi programmati ed il conseguente limite di spesa dell'assistenza specialistica per prestazioni di dialisi acquistate da soggetti privati accreditati e/o in provvisorio accreditamento, in misura equivalente alla riduzione del costo dell'assistenza indiretta, derivante dalla sostituzione in corso d'anno dell'assistenza indiretta per dialisi con l'acquisto di prestazioni erogate da soggetti accreditati ai sensi del Regolamento Consiliare n. 3 del 31.7.06 e s.m.i.;
- che, pertanto, anche se ininfluente a livello di consolidato regionale, le singole Aziende Sanitarie Locali dovranno assumere a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata ai residenti di altre ASL (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità regionale) che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente;
- che sia, quindi, opportuno stabilire che eventuali sforamenti o sotto utilizzi dei limiti di spesa della branca delle prestazioni di dialisi, quanto meno fino al completamento del processo di accreditamento istituzionale, siano esclusi da ogni possibilità di compensazione con altre branche della specialistica ambulatoriale e/o macroaree di prestazioni sanitarie;
- che sia opportuno, poi, precisare (anche per rispondere ai quesiti posti in merito da diverse ASL) che i limiti di spesa assegnati alle macroaree della riabilitazione ex art. 26 e della salute mentale e socio sanitario, come esposto anche in nota alle tabelle allegate n. 4 e n. 5, in coerenza con le regole di compilazione del Modello CE – Conto Economico delle Aziende Sanitarie di cui al DM 13 novembre 2007, comprendono i costi direttamente addebitati dalle strutture sanitarie di altre Regioni per prestazioni effettuate a cittadini residenti in Campania (trattandosi di prestazioni attualmente escluse dalla compensazione della mobilità sanitaria interregionale); pertanto le Aziende Sanitarie locali, nel formulare i limiti di spesa per i centri privati operanti nel loro territorio, devono prima enucleare ed accantonare le risorse necessarie per sostenere i costi direttamente addebitati dalle strutture sanitarie di altre Regioni; la determinazione delle risorse necessarie potrà essere effettuata sulla base della media degli ultimi due anni;
- che sia opportuno, infine, precisare che (anche per rispondere ai quesiti posti in merito da diverse ASL) che i limiti di spesa assegnati alla macroarea dell'assistenza ospedaliera, come esposto

anche in nota all'allegato n. 2 alla presente delibera, in coerenza con le regole di compilazione del Modello CE – Conto Economico delle Aziende Sanitarie di cui al DM 13 novembre 2007, comprendono i costi per prestazioni rese ai cittadini residenti all'estero ed agli stranieri temporaneamente presenti (STP);

DATO ATTO, infine,

- che la sopra citata delibera della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007, nello stabilire i limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010 in conformità al *Piano di Rientro*, aveva stabilito al punto 15 del dispositivo che *“I tetti di spesa ed i budget di costo stabiliti dalla presente delibera saranno monitorati almeno ogni tre mesi e potranno eventualmente essere rimodulati ogni anno, con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell'andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e degli incrementi del finanziamento statale per la sanità, nel rispetto di tutti gli obiettivi e di tutte le condizioni stabilite nel Piano di Rientro dal Disavanzo approvato dalla DGRC n. 460/07”*;
- che il disavanzo di € 554 milioni registrato nel preconsuntivo dell'esercizio 2008 delle aziende sanitarie (disavanzo che, secondo le valutazioni dei rischi svolte dagli Organi di verifica del Piano di Rientro: *Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali e Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza*, nella riunione congiunta tenutasi in Roma, presso il Ministero dell'Economia, il 2 aprile 2009, potrebbe risultare maggiore per ulteriori € 318 milioni), non consente di procedere ad una attenuazione e/o rimodulazione degli obiettivi di risparmio e dei limiti di spesa fissati per l'esercizio 2008 dalle DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, n. 517 del 30 marzo 2007 e n. 1268 del 24 luglio 2008;
- che i contenuti principali del presente provvedimento sono stati discussi con i rappresentanti delle seguenti Associazioni di Categoria della sanità privata: A.I.O.P.; A.R.I.S.; FEDERINDUSTRIA Sezione Sanità; FEDERLAB – SBV; Confederazione Centri Antidiabete; S.N.R. Sindacato Nazionale Radiologi; FEDERTERME ; Confindustria SANITA'; A.N.P.R.I.C.; A.I.A.S.; A.N.I.S.A.P.; A.S.P.A.T.; A.C.I.C.A.R.; A.P.I. Sanità; S.Na.Bi.L.P. – FEDERBIOLGI; A.R.C.A.D.E.; A.I.S.A.; Coordinamento ONLUS – F.O.A.I. nella riunione tenutasi il 18 giugno 2009, appositamente convocata dal Settore Programmazione dell' Assessorato alla Sanità con nota del 16 giugno 2009, prot. 0526749, come risulta dalla documentazione e dal verbale della riunione agli atti presso il medesimo Settore;
- che la presente delibera è assunta per urgenza ai sensi dell'art. 3, comma 8, dell'*Accordo per il Piano di Rientro* e, pertanto, viene trasmessa al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed al Ministero dell'Economia dopo la sua adozione; si è, quindi, in attesa del parere positivo di conformità rispetto agli obblighi assunti dalla Regione Campania nel *Piano di Rientro*, fatte salve eventuali ulteriori prescrizioni dei Ministeri, che potranno essere recepite con successiva delibera, stante l'urgenza del presente provvedimento ai fini del rispetto degli obblighi di contenimento dei costi fissati nel *Piano di Rientro*;

VISTO

- il Patto per la Salute, tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006;
- l'art. 1, comma 180, legge 311/2004, il quale prevede che la Regione interessata, ove ricorrano le condizioni nello stesso previste, ovvero la sussistenza di rilevanti disavanzi di gestione del Servizio sanitario regionale il cui ripiano non è conseguibile attraverso strumenti ordinari, stipuli apposito Accordo con lo Stato che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;
- l'*Accordo* che il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania hanno sottoscritto il 13 marzo 2007 *“... per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311”*, da realizzarsi attraverso (art. 1, comma 3 dell'Accordo):
 - misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, in coerenza con il vigente Piano Sanitario Nazionale;

- misure di riequilibrio della gestione corrente, necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010 nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dettagliatamente individuate nel Piano di Rientro;
- la delibera di Giunta regionale n. 460 del 20 marzo 2007 con cui è stato approvato detto *Accordo* e l'allegato *Piano di Rientro* 2007 - 2009 dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 1, comma 180, legge 30 dicembre 2004, n. 311;

L'Assessore alla Sanità propone e la Giunta in conformità, a voto unanime,

DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale della presente delibera.
2. Di procedere in via di autotutela, ai sensi e per gli effetti dell'art. 21 nonies della legge 241/90 e s.m. e i. all'annullamento d'ufficio della delibera della Giunta Regionale n. 1149 del 19 giugno 2009, come rettificata per errata correzione dell'allegato n. 2 con DGRC n. 1232 del 10 luglio 2009, sussistendone le ragioni di interesse pubblico, a seguito di una nuova valutazione ritenuto che il contenzioso già attivato da diverse Associazioni di Categoria in merito alla legittimità dell'inserimento nei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di categoria e nei conseguenti contratti con i singoli operatori privati delle clausole di sospensione dell'accreditamento e/o di acquiescenza ai provvedimenti regionali, possa ritardare ulteriormente il perfezionamento dei suddetti atti negoziali, con gravi conseguenze negative sul controllo della spesa sanitaria e tenendo conto altresì degli interessi dei destinatari e dei controinteressati.
3. L'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e per l'attuazione dei correlati limiti di spesa, stabilito dalle delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, per il 2006 dalla DGRC n. 800/06, per il 2007 dalla DGRC n. 517/07 e per il 2008 dalla DGRC n. 1268/08, per quanto non modificato dalla presente delibera, è esteso anche agli esercizi 2009 e 2010.
4. I limiti di spesa già definiti per gli esercizi 2009 e 2010 nella delibera della Giunta Regionale n. 517 del 30 marzo 2007 in esecuzione dell'*Accordo* che il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione Campania hanno sottoscritto il 13 marzo 2007 "... per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311", con le modifiche ed integrazioni effettuate dalla DGRC n. 1268/08 e dalla presente delibera, sono riportati negli allegati da n. 1 a n. 9.
5. Le Aziende Sanitarie Locali devono provvedere immediatamente a costituire i nuovi Tavoli Tecnici tra le ASL e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, per adeguarli al loro nuovo assetto territoriale.
6. Ai fini della migliore attuazione della programmazione regionale oggetto della presente delibera, si dispongono le seguenti modalità attuative, recepite nella nuova formulazione dell'art. 5 dell'allegato A\1 (per il 2009) e A\1 bis (per il 2010) alla presente delibera:

per l'esercizio 2009:

la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009 non potrà superare l'85% del limite di spesa stabilito per la macroarea / branca / tipologia di prestazioni, rimanendo l'ulteriore 15% disponibile per la remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009; l'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la Regressione Tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati; al fine di assicurare la massima trasparenza e di responsabilizzare maggiormente i singoli centri privati, oltre al normale monitoraggio del consumo dei tetti di spesa, già previsto nell'ambito dei Tavoli Tecnici con le Associazioni di Categoria, le ASL provvederanno ad inviare a ciascuna struttura privata, a mezzo raccomandata A.R., la situazione di consumo dei volumi di prestazioni programmati e dei correlati limiti di spesa, aggiornata rispettivamente al

30.6.09 ed al 31.8.09, per singola macroarea / branca / tipologia di prestazioni;

per l'esercizio 2010:

- ciascuna ASL effettuerà in via preliminare, con i criteri già definiti al riguardo dalle precedenti delibere regionali in materia, la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni; successivamente, ripartirà il tetto di spesa stabilito per ogni branca / tipologia di prestazioni (o macroarea, se non suddivisa in branche) alle singole strutture private operanti sul suo territorio con i seguenti criteri:
 - per le strutture già operanti al 1 gennaio 2008: in proporzione al fatturato totale relativo alle prestazioni rese nel periodo 1 gennaio 2007 - 30 giugno 2008 e nel I semestre 2009 (fatturato riconosciuto dopo i controlli formali e sostanziali, al lordo delle regressioni tariffarie e, per la specialistica ambulatoriale, al netto dello sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06); l'esclusione del secondo semestre 2008 è utile per evitare che la base di ripartizione alle singole strutture sia influenzata da comportamenti non uniformi dei centri privati in tale periodo, riguardo alla continuazione nella erogazione delle prestazioni anche dopo l'esaurimento del tetto di macroarea / branca;
 - per le strutture nuove (in quanto accreditate nel 2008 o successivamente, tenuto anche conto della programmazione 2009 e 2010 degli accreditamenti istituzionali, delegati alle ASL dalla legge regionale n. 16/08) e/o per tipologie di prestazioni precedentemente non riconosciute: in proporzione alla stima del fatturato (come sopra definito) riconoscibile nel 2010, che la ASL dovrà formulare, sentito in proposito il parere – non vincolante – del Tavolo Tecnico costituito presso la ASL con le Associazioni di Categoria della sanità privata ai sensi della vigente normativa regionale in materia di tetti di spesa;
 - per tutte le strutture: tenuto conto di eventuali aggiornamenti del fabbisogno delle ASL in merito ai volumi ed alle tipologie di prestazioni sanitarie, nonché al mix tra prestazioni per i propri residenti e prestazioni rese in mobilità attiva;
 - eventuali situazioni particolari potranno essere singolarmente esaminate nell'ambito del Tavolo Tecnico congiunto ASL – Associazioni di Categoria, che dovrà formulare una relazione di valutazione complessiva della ripartizione effettuata dalla ASL, da allegare al Protocollo d'Intesa;
- la ripartizione dei volumi di prestazioni e del tetto di spesa di macroarea tra le diverse branche / tipologie di prestazioni, nonché del limite di spesa attribuito alle singole strutture private, di cui al punto precedente, dovrà essere definita da ciascuna ASL entro il 20 ottobre 2009 e sottoposta alla approvazione della Giunta Regionale, che delibererà in merito entro il 20 novembre 2009; successivamente, le ASL dovranno provvedere a stipulare i conseguenti Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria (ovvero, in caso di mancato accordo, alla notifica del Protocollo alle Associazioni ed alle singole strutture) entro il 5 dicembre 2009, ed alla stipula dei contratti con le singole strutture entro il 20 dicembre 2009;
- la remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite di spesa annuo, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - 85%. distribuito su base media mensile, a tariffa piena;
 - ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 30%;
 - ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 50%;
 - residuo 5%, riservato alla decisione, che assumerà unilateralmente l'Azienda Sanitaria Locale entro il 31 ottobre dell'anno in corso, di mettere a disposizione tale importo:
 - in tutto o in parte, per ridurre le regressioni tariffarie di cui alle precedenti lettere

b) e c);

in tutto o in parte, per stipulare accordi integrativi (ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLGS 502/92 e s.m.i., comma 2, lettera e-bis), a tariffa scontata, per l'acquisto di tipologie di prestazioni per le quali la ASL ritiene opportuno o necessario avvalersi delle strutture private.

- la ripartizione dei limiti di spesa effettuata con i criteri sopra definiti sarà allegata al Protocollo d'Intesa e si intenderà espressamente accettata da ciascuna struttura privata all'atto della sottoscrizione del contratto; l'importo ripartito a ciascuna struttura dovrà essere espressamente evidenziato nel contratto che la medesima struttura è tenuta a stipulare con la ASL ai sensi dell'art. 8-quinquies, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502; gli scaglioni di remunerazione di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1 saranno applicati sul progressivo mensile complessivo del valore della produzione delle singole strutture nei limiti della ripartizione del tetto di spesa della macroarea / branca attribuita ad ogni singola struttura; il mancato pieno utilizzo degli scaglioni da parte di alcune strutture si renderà disponibile per incrementare la disponibilità residua di cui alla precedente lettera d) punto i), in modo da attenuare la regressione tariffaria applicata alle altre strutture.
7. Nei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e nei contratti che le singole strutture private devono stipulare con le ASL ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del DLgs 502/1992 e s.m.i., sono inserite le clausole contrattuali definite negli schemi allegati A\1, A\1bis, A\2 alla presente delibera, volte a:
- limitare la fatturazione mensile dei centri privati e delle case di cura agli acconti effettivamente liquidabili, stabilendo al contempo scadenze precise e ravvicinate entro le quali le ASL devono completare i controlli di merito ed applicare le regressioni tariffarie, in modo da consentire che la fatturazione a saldo avvenga direttamente per il residuo effettivamente riconoscibile, ed anche al fine di fornire elementi di certezza ad eventuali operazioni di anticipazioni su fatture ed evitare che, attraverso azioni esecutive sull'intero fatturato, i centri privati possano ottenere il pagamento di quote di fatturato non dovute;
 - devolvere ogni controversia relativa alla interpretazione o applicazione dei Protocolli d'Intesa e dei conseguenti contratti sottoscritti ai sensi della presente delibera, nonché di ogni altra pretesa, alla cognizione del giudice ordinario o amministrativo, con espressa esclusione della possibilità di compromettere per arbitri le controversie medesime.
8. Costituisce fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-*quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008):
- a) la mancata sottoscrizione del contratto relativo ai limiti di spesa dell'anno in corso entro 10 giorni dalla richiesta della ASL di sottoscrivere tale contratto;
 - b) la sottoscrizione del contratto con apposizione di riserve, espresse nello stesso, ovvero in comunicazioni e/o documenti a latere, dai quali si evinca la persistenza di una volontà del soggetto firmatario del contratto in contrasto con il contenuto negoziale dello stesso.
9. Può costituire fattispecie di sospensione del rapporto di accreditamento provvisorio o istituzionale con le strutture private, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-*quinquies* dell'art. 79 del d.l. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008):
- c) l'impugnativa, da parte del soggetto firmatario del contratto, della presente delibera e/o degli atti della ASL presupposti, connessi e conseguenti, con espresso riferimento alla ripartizione dei limiti di spesa per macroarea / branca / tipologia di prestazioni / singola struttura: in tali casi sarà attivata la procedura di cui ai successivi punti;
 - d) il perseguimento di azioni esecutive su quote di fatturato, anche di anni precedenti, che la ASL ha formalmente comunicato non essere liquidabili, in quanto abbattute dalla regressione tariffaria necessaria per il rispetto dei tetti di spesa e/o per altri motivi (controlli sanitari, soglie di non appropriatezza, ecc.): fattispecie da valutarsi nel caso specifico, qualora si configuri una grave violazione del dovere di correttezza e buona fede nell'adempimento contrattuale.
10. Le ASL sono tenute a fornire all'Assessorato alla Sanità entro il 7 agosto 2009 l'elenco di tutte le

strutture private p.a. o accreditate, allegando i contratti sottoscritti in attuazione della presente delibera ed indicando espressamente quali strutture ricadono nelle previsioni di cui alle precedenti lettere a), b), c) o d). La Giunta Regionale entro il 15 settembre 2009 ratificherà la sospensione dell'accreditamento *ipso jure* nelle ipotesi a) e b); e, sentito il parere dell'Avvocatura Regionale sul caso specifico, delibererà in merito alla sospensione dell'accreditamento nelle ipotesi c) e d).

11. Le ASL sono, comunque, tenute a comunicare immediatamente all'Assessorato alla Sanità il successivo insorgere di una delle fattispecie sospensive (sopra elencate), in modo che sia attivato il sopra descritto iter, ai fini della eventuale deliberazione da parte della Giunta Regionale della sospensione dell'accreditamento.
12. Nei casi in cui si procederà alla sospensione dell'accreditamento, le Aziende Sanitarie Locali dovranno accantonare nel proprio bilancio, per trimestre solare ed a consuntivo, in un apposito fondo rischi, la parte del tetto di spesa che altrimenti sarebbe stata liquidata alla struttura interessata, fino alla definizione dell'eventuale contenzioso.
13. Fermo restando quanto stabilito nei punti precedenti, al fine di pervenire nei tempi più brevi alla stipula dei Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e dei conseguenti contratti con le strutture private provvisoriamente accreditate o accreditate, senza che la stipula di tali atti sia subordinata agli esiti di un contenzioso che potrebbe durare anche molto tempo, si allegano alla presente delibera:
 - sub **A11**: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A11 bis**: lo schema di Protocollo d'Intesa previsto per l'esercizio 2010 per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A12**: lo schema di Protocollo d'Intesa da utilizzarsi per la macroarea dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A13**: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole strutture private, valido per tutte le macroaree ad esclusione dell'assistenza ospedaliera;
 - sub **A14**: lo schema di contratto da utilizzarsi per la stipula dei contratti con le singole case di cura, valido per la macroarea dell'assistenza ospedaliera.

Tali nuovi schemi, per effetto dell'annullamento d'ufficio in via di autotutela ai sensi dell'art. 21 nonies legge n. 241/90 e s.m.i. della delibera della Giunta Regionale n. 1149 del 19 giugno 2009, come rettificata per errata corrige dell'allegato n. 2 con DGRC n. 1232 del 10 luglio 2009 dovranno essere utilizzati dalle ASL per stipulare i Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e/o i conseguenti contratti con le singole strutture private.

14. I Protocolli d'Intesa con le Associazioni di Categoria e/o i conseguenti contratti con le singole strutture private, redatti secondo gli schemi allegati da A11 ad A14 alla presente delibera, dovranno essere definiti e sottoscritti entro il 7 agosto 2009. Da tale data, pertanto, cessa la remunerazione a carico del Servizio Sanitario pubblico delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate o provvisoriamente accreditate che non siano addivenute alla stipula del contratto.
15. Dall'esercizio in corso, oltre al generale divieto per ciascuna struttura privata provvisoriamente accreditata o accreditata di incrementare in misura superiore al 10% la propria produzione a carico del S.S.R., rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, già stabilito dalle precedenti delibere regionali in materia di tetti di spesa, è istituito (con esclusione – per la propria specificità - della macroarea dell'assistenza ospedaliera) anche il divieto di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (come definito al comma 6 dell'art. 4 dello schema di Protocollo d'Intesa allegato sub A11 e A11 bis per le varie macroaree / branche / tipologie di prestazioni) se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico ASL – Associazioni di Categoria (in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).
16. Per effetto di quanto stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 94/2009 del 1 aprile 2009, trova piena applicazione la disposizione recata dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296, secondo la quale: “... *fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data*

di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto ...".

17. Per agevolare ed assicurare uniformità nella applicazione della legge richiamata, nell'allegato n. 11 alla presente delibera viene esposto l'importo dello sconto, calcolato con riferimento a ciascuna prestazione specialistica del nomenclatore vigente nel 2007 e 2008 e fatte salve successive modifiche dello stesso.
18. Le ASL dovranno provvedere a calcolare l'importo dello sconto dovuto da ogni centro privato per il 2007 e per il 2008, applicando lo sconto unitario esposto nell'allegato n. 11 alla presente delibera al numero di prestazioni effettuate in tali esercizi, distintamente per ogni codice di prestazione. Tale modalità operativa dovrà essere applicata anche all'esercizio in corso, finché non interverranno le nuove tariffe massime nazionali (e le conseguenti determinazioni della Regione Campania), attese in attuazione dell'art. 8 del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito con modifiche nella legge 28 febbraio 2008, n. 31.
19. Le modalità di applicazione dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/2006 per gli esercizi 2007 e 2008 sono definite come esposto nell'allegato sub B) alla presente delibera, in base al quale la determinazione dell'importo con cui i diversi centri privati concorrono all'eventuale sfioramento del tetto di spesa (importo da dedurre, poi, in regressione tariffaria) deve essere effettuato sul loro fatturato al lordo (prima) dello sconto ex lettera o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006, con le modalità di calcolo esemplificate in detto allegato, in modo che lo sconto intervenga ad integrazione della eventuale regressione tariffaria e non in aggiunta alla stessa. Mentre, per l'anno in corso, i limiti di spesa attribuiti alle diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale dovranno essere definiti dalle ASL tenendo già conto (e, quindi, al netto) dello sconto ex lett. o) del comma 796 dell'art. 1 della legge 296/2006.
20. Le Aziende Sanitarie Locali, sono tenute a procedere alla immediata e formale notifica della presente delibera nei confronti dei responsabili delle strutture organizzative interne responsabili dei vari fattori di costo, dei rappresentanti legali delle strutture sanitarie accreditate e/o provvisoriamente accreditate, nonché dei rappresentanti locali delle Associazioni di Categoria degli operatori della sanità pubblica e privata.
21. Le Aziende Sanitarie Locali devono conformare, nei termini sopra determinati, alle disposizioni recate dalla presente delibera, anche con la collaborazione delle Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative, i budget per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni, già stabiliti per l'esercizio 2009 in adempimento delle DGRC n. 517/07 e n. 1268/08 per quanto riguarda le prestazioni di assistenza sanitaria da acquistare nell'esercizio 2009 da terzi convenzionati o strutture sanitarie private accreditate o provvisoriamente accreditate, e adeguare i Protocolli d'Intesa già stipulati per l'esercizio 2009 con le medesime Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative (o stipulare ex novo, qualora non abbiano già provveduto), agli schemi esposti negli allegati A\1 e A\2 alla presente delibera. In mancanza di accordo tra le ASL e le Associazioni di Categoria per la definizione dei suddetti Protocolli d'Intesa, le ASL medesime provvederanno a notificare la propria proposta di Protocollo d'Intesa alle Associazioni di Categoria ed a tutte le strutture interessate, con richiesta di sottoscrivere, comunque, i conseguenti contratti.
22. Gli obiettivi 2009 e 2010 relativi al costo dell'Assistenza Integrativa e Protesica acquistata da terzi privati (prestazioni, tramite le farmacie convenzionate, per dietetica per alimentazioni particolari, protesica, presidi sanitari, presidi e materiale di medicazione, puri servizi di distribuzione) include anche i costi per assistenza integrativa (ausili per diabetici) e dietetica non erogata tramite farmacie convenzionate, l'assistenza protesica non erogata tramite farmacie convenzionate (ex art. 8, c. 2, D.Lgs. 502/92), la fornitura di presidi sanitari ed ausili tecnici inclusi nel nomenclatore delle protesi), sono ripartiti tra le nuove Aziende Sanitarie Locali come esposto nell'allegato n. 7 alla presente delibera.
23. Gli obiettivi 2009 e 2010 relativi al costo dell'Assistenza Specialistica Ambulatoriale erogata da medici SUMAI, fissati dal *Piano di Rientro dal Disavanzo*, sono ripartiti tra le nuove Aziende

Sanitarie Locali come esposto nell'allegato n. 8 alla presente delibera.

24. Gli obiettivi 2009 e 2010, relativi al costo dei servizi di distribuzione dei farmaci per conto delle nuove Aziende Sanitarie Locali, sono ripartiti tra le medesime come esposto nell'allegato n. 9 alla presente delibera.
25. Al fine di tenere conto della specificità delle prestazioni di dialisi, in corso di passaggio dall'assistenza indiretta all'accreditamento istituzionale, le singole Aziende Sanitarie Locali dovranno assumere a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata ai residenti di altre ASL (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità regionale) che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente. Eventuali sforamenti o sotto utilizzi dei limiti di spesa della branca delle prestazioni di dialisi, fino al completamento del processo di accreditamento istituzionale, saranno esclusi da ogni possibilità di compensazione con altre branche della specialistica ambulatoriale e/o macroaree di prestazioni sanitarie.
26. I tetti di spesa ed i budget di costo stabiliti dalla presente delibera saranno monitorati almeno ogni tre mesi e potranno eventualmente essere rimodulati ogni anno, con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell'andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e del finanziamento statale per la sanità, nel rispetto di tutti gli obiettivi e di tutte le condizioni stabilite nel *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato dalla DGRC n. 460/07.
27. Il disavanzo di € 554 milioni registrato nel preconsuntivo dell'esercizio 2008 delle aziende sanitarie non consente di procedere ad una attenuazione e/o rimodulazione degli obiettivi di risparmio e dei limiti di spesa fissati per l'esercizio 2008 dalle DGRC n. 460/07, 517/07 e 1268/08.
28. Si dà atto che la presente delibera è assunta per urgenza ai sensi dell'art. 3, comma 8, dell'*Accordo per il Piano di Rientro* e, pertanto, viene trasmessa al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ed al Ministero dell'Economia dopo la sua adozione; si è, quindi, in attesa del parere positivo di conformità rispetto agli obblighi assunti dalla Regione Campania nel *Piano di Rientro*, fatte salve eventuali ulteriori prescrizioni dei Ministeri, che potranno essere recepite con successiva delibera, stante l'urgenza del presente provvedimento ai fini del rispetto degli obblighi di contenimento dei costi fissati nel *Piano di Rientro*.
29. Il presente provvedimento viene inviato ad intervenuta esecutività alle Aree Generali di Coordinamento 8, 19 e 20, ai Settori proponenti, alle Commissioni Bilancio e Sanità del Consiglio Regionale (ai sensi dell'art. 3, comma 3 della L.R. n. 24/05), ed al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la immediata pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario
D'Elia

Il Presidente
Bassolino

ALLEGATO n. 1

ASSISTENZA SANITARIA ACQUISTATA da TERZI

Codice Voce Ce	CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO (Modello CE): ACQUISTI di SERVIZI SANITARI	Obiettivo 2009	Obiettivo 2010	Variazioni apportate dalla presente delibera		Obiettivo 2009	Obiettivo 2010
DGRC n. 460 del 20.3.07 e n. 517 del 30.3.07		DGRC 517/07				DGRC 517/07	
B0240	B.2.3) PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE -	582.600	594.250			582.600	594.250
B0290	B.2.4) PER ASSISTENZA RIABILITATIVA -	333.000	339.600			333.000	339.600
B0390	B.2.6) PER ASSISTENZA OSPEDALIERA -	746.500	761.430			746.500	761.430
B0340	B.2.5) PER ASSISTENZA INTEGRATIVA E PROTESICA -	143.600	146.500			143.600	146.500
B0440	B.2.7) PER ALTRA ASSISTENZA -	160.000	163.200			160.000	163.200
TOTALE		1.965.700	2.004.980			1.965.700	2.004.980
DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008 e presente delibera		DGRC 1268 / 08		2009	2010	presente delibera	
B02070	B.2.A.3) Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	630.000	642.550	-2.950	-3.320	627.050	639.230
B02090	B.2.A.3.4) - da privato - Medici SUMAI	158.017	158.017			158.017	158.017
B02095	B.2.A.3.5) - da privato	471.983	484.533	-2.950	-3.320	469.033	481.213
B02100	B.2.A.3.5.A) Servizi Sanitari da IRCCS Privati e Policlinici privati	0	0			0	0
B02105	B.2.A.3.5.B) Servizi sanitari per assistenza specialistica da Ospedali Classificati privati	4.180	4.260			4.180	4.260
B02110 + B0215	B.2.A.3.5.C) + D): Totale Assistenza Specialistica acquistata da Case di Cura Private e da altri soggetti privati:	467.803	480.273	-2.950	-3.320	464.853	476.953
	di cui: Specialistica da Case di Cura private e Centri Privati	463.153	475.503	-2.500	-2.800	460.653	472.703
	di cui: Sperimentazione radioterapia sterotassica presso la ASL SALERNO (DGRC n. 1336 del 15.10.05)	4.650	4.770	-450	-520	4.200	4.250
B02125	B.2.A.4) Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	285.600	291.300	-8.000	-8.100	277.600	283.200
B02145	B.2.A.4.4) - da privato (intraregionale ed extraregionale)	285.600	291.300	-8.000	-8.100	277.600	283.200
B02150	B.2.A.5) Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica	161.900	165.100	0	0	161.900	165.100
B02170	B.2.A.5.4) - da privato	161.900	165.100			161.900	165.100
B02175	B.2.A.6) Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	746.500	761.430	0	0	746.500	761.430
B02195	B.2.A.6.4) - da privato	746.500	761.430			746.500	761.430
B02200	B.2.A.6.4.A) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da IRCCS Privati e Policlinici privati	18.600	19.000			18.600	19.000
B02205	B.2.A.6.4.B) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Ospedali Classificati privati	109.800	112.000			109.800	112.000
B02210	B.2.A.6.4.C) Servizi sanitari per assistenza ospedaliera da Case di Cura Private	608.900	621.030			608.900	621.030
B02215	B.2.A.6.4.D) Ass.za Osped. da altri soggetti privati (Fondazione Don Gnocchi - ASL Avellino)	9.200	9.400			9.200	9.400
B02225 + B02335	B.2.A.7) Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale + B.2.A.11) Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	94.500	96.400	8.000	8.100	102.500	104.500
B02245 + B02355	B.2.A.7.4) + B.2.A.11.4) da privato(intraregionale ed extraregionale)	94.500	96.400	8.000	8.100	102.500	104.500
B02250	B.2.A.8) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F	6.100	6.200	-2.250	-1.950	3.850	4.250
B02270	B.2.A.8.4) - da privato	6.100	6.200	-2.250	-1.950	3.850	4.250
B02280	B.2.A.9) Acquisto prestazioni termali in convenzione	22.100	22.500	0	0	22.100	22.500
B02300	B.2.A.9.4) - da privato	22.100	22.500			22.100	22.500
TOTALE		1.946.700	1.985.480	-5.200	-5.270	1.941.500	1.980.210
TOTALE nella DGRC 1268/08 e nella presente delibera rispetto al TOTALE nella DGRC n. 517/07		-19.000	-19.500	-5.200	-5.270	-24.200	-24.770

NOTA: L'obiettivo relativo alla voce "B.2.A.8) Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci e File F" dal 2008 confluisce nell'obiettivo relativo alla spesa farmaceutica convenzionata

Obiettivo: Assistenza Ospedaliera Esterna da Case di Cura private (1)

Euro Mgl	(+)	(+)	(+)	(=)	(-)	(+)	(=)
2009	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
Aziende Sanitarie Locali	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Residenti extra Regione (2)	Budget Dipartimenti e Medici Prescrittori	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Mobilità Attiva intra Regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino	39.188	8.897	3.190	51.275	8.897	54.270	96.648
ASL Benevento	21.725	6.368	1.157	29.251	6.368	10.234	33.116
ASL Caserta	69.972	16.143	4.612	90.727	16.143	36.258	110.842
ASL Napoli 1 Centro	75.929	35.168	2.666	113.763	35.168	58.644	137.239
ASL Napoli 2 Nord	27.468	72.788	549	100.805	72.788	15.564	43.581
ASL Napoli 3 Sud	69.133	48.483	1.394	119.010	48.483	25.693	96.221
ASL Salerno	75.264	26.260	2.545	104.069	26.260	13.444	91.253
TOTALE	378.680	214.107	16.113	608.900	214.107	214.107	608.900
2010	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
ASL Avellino	39.969	9.074	3.253	52.296	9.074	55.351	98.573
ASL Benevento	22.158	6.495	1.180	29.833	6.495	10.438	33.776
ASL Caserta	71.366	16.465	4.704	92.535	16.465	36.980	113.050
ASL Napoli 1 Centro	77.442	35.869	2.720	116.031	35.869	59.812	139.974
ASL Napoli 2 Nord	28.015	74.238	560	102.813	74.238	15.874	44.449
ASL Napoli 3 Sud	70.511	49.449	1.422	121.382	49.449	26.205	98.138
ASL Salerno	76.762	26.783	2.595	106.140	26.783	13.713	93.070
TOTALE	386.223	218.373	16.434	621.030	218.373	218.373	621.030
(1) Case di Cura private (per le prestazioni di assistenza ospedaliera erogate dagli Ospedali Classificati e dall'Istituto S.Maria della Pietà di Casoria si provvede con separati provvedimenti)							
(2) comprensivo delle prestazioni rese a stranieri residenti ed STP (stranieri temporaneamente presenti)							

ALLEGATO n. 3

Programmazione 2009 - 2010

Obiettivo: Assistenza Specialistica Esterna da Privati (1)

Euro Mgl	(+)	(+)	(+)	(=)	(-)	(+)	(=)
2009	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
Aziende Sanitarie Locali	Budget Residenti ASL	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Residenti extra Regione	Budget Dipartimenti e Medici Prescrittori	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Mobilità Attiva intra Regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino	17.645	6.886	375	24.906	6.886	6.274	24.294
ASL Benevento	13.738	3.062	114	16.914	3.062	2.222	16.074
ASL Caserta	60.731	9.620	1.473	71.824	9.620	8.766	70.970
ASL Napoli 1 Centro	85.960	16.574	3.133	105.666	16.574	29.768	118.861
ASL Napoli 2 Nord	62.179	23.352	231	85.763	23.352	21.623	84.033
ASL Napoli 3 Sud	66.720	14.516	118	81.354	14.516	10.813	77.651
ASL Salerno	64.081	9.519	626	74.226	9.519	4.063	68.770
TOTALE	371.053	83.528	6.071	460.653	83.528	83.528	460.653
2010	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)
ASL Avellino	18.106	7.066	385	25.557	7.066	6.438	24.929
ASL Benevento	14.098	3.142	117	17.357	3.142	2.280	16.495
ASL Caserta	62.320	9.871	1.512	73.703	9.871	8.995	72.827
ASL Napoli 1 Centro	88.209	17.007	3.215	108.431	17.007	30.547	121.971
ASL Napoli 2 Nord	63.806	23.963	238	88.007	23.963	22.188	86.232
ASL Napoli 3 Sud	68.465	14.896	122	83.483	14.896	11.096	79.683
ASL Salerno	65.754	9.768	643	76.165	9.768	4.169	70.566
TOTALE	380.758	85.713	6.232	472.703	85.713	85.713	472.703

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica ambulatoriale - compresa FKT ed esclusi i SUMAI - erogate dai Centri privati e Case di Cura private, esclusa la Radioterapia Sterotassica di SA3, per la quale si rinvia all'allegato n. 1 (per le prestazioni di assistenza specialistica erogate dagli Ospedali Classificati e dall'Istituto S.Maria della Pietà di Casoria si provvede con separati provvedimenti)

ALLEGATO n. 4

Programmazione 2009 - 2010

Obiettivo: Assistenza Riabilitativa Esterna da Privati (1)

Euro Mgl	(+)	(+)	(=)	(-)	(+)	(=)
2009	(A)	(B)	(D)	(E)	(F)	(G)
Aziende Sanitarie Locali	Budget Residenti ASL (2)	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Dipartimenti e Medici Prescrittori	Budget Mobilità Passiva intra Regione	Budget Mobilità Attiva intra Regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino	13.120	5.677	18.797	5.677	853	13.973
ASL Benevento	11.002	961	11.963	961	3.488	14.490
ASL Caserta	21.539	3.076	24.615	3.076	8.476	30.015
ASL Napoli 1 Centro	41.959	14.144	56.103	14.144	8.985	50.944
ASL Napoli 2 Nord	36.022	16.840	52.862	16.840	9.678	45.700
ASL Napoli 3 Sud	48.176	8.326	56.503	8.326	14.753	62.929
ASL Salerno	53.696	3.161	56.857	3.161	5.853	59.549
TOTALE	225.515	52.185	277.700	52.185	52.085	277.600
2010	(A)	(B)	(D)	(E)	(F)	(G)
ASL Avellino	13.385	5.792	19.177	5.792	870	14.255
ASL Benevento	11.224	981	12.205	981	3.558	14.782
ASL Caserta	21.974	3.138	25.112	3.138	8.647	30.621
ASL Napoli 1 Centro	42.806	14.429	57.235	14.429	9.166	51.972
ASL Napoli 2 Nord	36.749	17.180	53.929	17.180	9.873	46.622
ASL Napoli 3 Sud	49.148	8.494	57.642	8.494	15.050	64.198
ASL Salerno	54.675	3.225	57.900	3.225	6.075	60.750
TOTALE	229.961	53.239	283.200	53.239	53.239	283.200
(1) Riabilitazione art. 26: servizi sanitari di riabilitazione extraospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo, rivolti al recupero funzionale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa, erogati da istituti o centri di riabilitazione ex art. 26 della legge 833/78						
(2) comprensivo delle prestazioni rese ai residenti in Campania da strutture sanitarie di altre Regioni, che addebitano direttamente il costo alla ASL di residenza del paziente						

Obiettivo: Acquisto da privati di prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale e di prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria (1) (2)

DGRC 1268/08						Presente Delibera				
Aziende Sanitarie Locali	Obiettivo 2008	Obiettivo 2009	Obiettivo 2010	Popolazione al 1.1.2008	Denominazione ASL nuova	Modifica territoriale ex dgrc 505/09	Popolazione al 1.1.2008	Quota capitaria pesata (3)	Obiettivo 2009 (4)	Obiettivo 2010 (4)
	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	residenti ISTAT		residenti ISTAT	residenti ISTAT	%	Euro Mgl	Euro Mgl
ASL AV1	2.293	2.827	2.884	159.999	ASL Avellino		439.049	7,7%	9.332	9.520
ASL AV2	5.614	6.505	6.636	279.050						
ASL BN1	5.875	6.822	6.959	288.832	ASL Benevento		288.832	5,1%	4.822	5.059
ASL CE1	6.860	8.155	8.319	407.803	ASL Caserta		897.820	15,3%	22.599	22.167
ASL CE2	8.611	10.144	10.348	490.017						
ASL NA1	11.580	14.694	14.989	986.971	ASL Napoli 1 Centro	55.516	1.042.487	18,2%	13.694	14.989
ASL NA2	10.818	12.525	12.777	544.009	ASL Napoli 2 Nord	104.153	1.028.259	17,1%	18.383	18.229
ASL NA3	3.450	4.658	4.752	380.097						
ASL NA4	1.696	3.470	3.540	565.801	ASL Napoli 3 Sud	-159.669	1.012.314	17,2%	14.021	14.874
ASL NA5	12.071	14.051	14.334	606.182						
ASL SA1	2.028	3.199	3.263	367.666	ASL Salerno		1.102.629	19,3%	19.649	19.662
ASL SA2	2.669	4.139	4.222	468.817						
ASL SA3	2.435	3.311	3.377	266.146						
TOTALE	76.000	94.500	96.400	5.811.390	TOTALE	0	5.811.390	100,0%	102.500	104.500
(1) Prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale non riconducibili a ricovero ospedaliero; prestazioni di assistenza domiciliare integrata (ADI); interventi di riabilitazione extra ospedaliera estensiva o intermedia, a ciclo diurno e/o continuativo, rivolti al recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali o miste dipendenti da qualunque causa, prodotti da strutture private (es. RSA, anziani, malati terminali, consultori privati, comunità terapeutiche per tossicodipendenti ecc.), escluse le prestazioni di riabilitazione ex art. 26; altre prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria										
(2) comprensivo delle prestazioni rese ai residenti in Campania da strutture sanitarie di altre Regioni, che addebitano direttamente il costo alla ASL di residenza del paziente										
(3) Quota capitaria in base ai nuovi ambiti territoriali ed alla frequenza di consumi per età										
(4) Obiettivi 2009 e 2010 rivisti in base al nuovo assetto territoriale ed alle richieste delle ASL										

ALLEGATO n. 6

Programmazione 2009 - 2010

Obiettivo: Acquisto di Assistenza Termale da privati (1)

DGRC 1268/08					Presente Delibera							
	Obiettivo 2008	Obiettivo 2009	Obiettivo 2010	Denominazione ASL nuova	Obiettivo 2009	di cui: per residenti della ASL	di cui: per altri residenti in regione	di cui: per residenti altre regioni	Obiettivo 2010	di cui: per residenti della ASL	di cui: per altri residenti in regione	di cui: per residenti altre regioni
	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl		Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl
ASL AV1	700	720	733	ASL Avellino	701	378	262	61	714	385	267	62
ASL AV2	0	0	0									
ASL BN1	3.906	4.019	4.092	ASL Benevento	4.047	1.371	2.376	300	4.120	1.396	2.419	305
ASL CE1	0	0	0	ASL Caserta	0	0	0	0	0	0	0	0
ASL CE2	0	0	0									
ASL NA1	1.640	1.686	1.717	ASL Napoli 1 Centro	1.664	754	872	38	1.695	768	888	39
ASL NA2	8.000	8.223	8.372	ASL Napoli 2 Nord	7.952	288	689	6.975	8.096	293	701	7.102
ASL NA3	0	0	0									
ASL NA4	0	0	0	ASL Napoli 3 Sud	4.228	1.386	2.119	723	4.304	1.411	2.157	736
ASL NA5	4.000	4.112	4.186									
ASL SA1	0	0	0	ASL Salerno	3.508	1.374	1.505	629	3.571	1.399	1.532	640
ASL SA2	3.200	3.280	3.339									
ASL SA3	54	60	61									
TOTALE	21.500	22.100	22.500	TOTALE	22.100	5.551	7.823	8.726	22.500	5.652	7.964	8.884

(1) Costo netto tickets

Obiettivo: Acquisto da privati di servizi sanitari per assistenza integrativa e protesica (1)

(3) Ripartito tenendo conto per il 50% del costo 2008 e per il 50% della quota capitaria

ALLEGATO n. 8

Programmazione 2009 - 2010

Obiettivo: Assistenza Specialistica Esterna: SUMAI compreso rinnovi CCNL (1)

DGRC 1268/08						Presente Delibera			
Aziende Sanitarie Locali	Obiettivo 2008	Obiettivo 2009	Obiettivo 2010	Popolazione al 1.1.2008	Denominazione ASL nuova	Modifica territoriale ex dgrc 505/09	Popolazione al 1.1.2008	Obiettivo 2009	Obiettivo 2010
	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl	residenti ISTAT		residenti ISTAT	residenti ISTAT	Euro Mgl	Euro Mgl
ASL AV1	1.203	1.479	1.867	159.999	ASL Avellino		439.049	5.039	5.942
ASL AV2	3.228	3.560	4.075	279.050					
ASL BN1	6.317	6.349	6.565	288.832	ASL Benevento		288.832	6.349	6.565
ASL CE1	7.136	7.351	7.823	407.803	ASL Caserta		897.820	17.982	18.779
ASL CE2	10.606	10.631	10.956	490.017					
ASL NA1	68.120	63.019	58.334	986.971	ASL Napoli 1 Centro	55.516	1.042.487	63.519	58.834
ASL NA2	13.352	13.220	13.418	544.009	ASL Napoli 2 Nord	104.153	1.028.259	24.593	24.798
ASL NA3	10.594	10.373	10.380	380.097					
ASL NA4	8.675	9.105	9.895	565.801	ASL Napoli 3 Sud	-159.669	1.012.314	24.136	24.969
ASL NA5	16.857	16.531	16.574	606.182					
ASL SA1	5.767	6.039	6.548	367.666	ASL Salerno		1.102.629	16.399	18.130
ASL SA2	7.613	7.906	8.492	468.817					
ASL SA3	2.003	2.454	3.090	266.146					
TOTALE	161.471	158.017	158.017	5.811.390	TOTALE	0	5.811.390	158.017	158.017

(1) Gli obiettivi comprendono il costo dei rinnovi contrattuali già intervenuti e/o che interverranno fino alla competenza dell'esercizio 2010 compreso

ALLEGATO n. 9**Programmazione 2009 - 2010****Obiettivo: Acquisto di servizi privati e
convenzionati di distribuzione farmaci (1)**

Euro Mgl	Presente Delibera		
Aziende Sanitarie Locali	Costo 2008 (2)	Obiettivo 2009	Obiettivo 2010
	Euro Mgl	Euro Mgl	Euro Mgl
ASL Avellino	363	380	400
ASL Benevento	501	520	550
ASL Caserta	335	350	380
ASL Napoli 1 Centro	0	150	300
ASL Napoli 2 Nord	287	600	650
ASL Napoli 3 Sud	2.006	1.700	1.720
ASL Salerno	92	150	250
TOTALE	3.584	3.850	4.250
Incremento % annuo		7,4%	10,4%
Obiettivo ex DGRC n. 1268/08 (Allegato n. 1)	6.000	6.100	6.200
Incremento % annuo		1,6%	1,6%
(1) Voce B.2.A.8.4 del Modello CE			
(2) Costo della distribuzione per conto da flusso informativo della distribuzione diretta ex DM 31.7.2007, integrato con dati del Modello CE consuntivo 2008			

Allegato n. 10

Esercizi 2007 e 2008 : Sconto ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296: stima per branca specialistica

	Importi in Euro	(A)	(B)	(C)	(D=B-C)	(E=B/C) %	(F=A/B) %
sigla	Specialistica Ambulatoriale	Sconto Totale (unitario x quantità come da allegato 11)	Tariffato 2008 Regione	Tariffato 2008 con DM 22/7/96	Tariffato 2008 Regione - DM 22/7/96	% Tariffato Regione / DM 22/7/96	% Sconto / Tariffato Regione
BV	Branche a visita	729.641,69	37.613.803,49	36.573.561,92	1.040.241,57	103%	1,94%
CA	Cardiologia	724.483,70	30.770.694,70	36.214.996,83	-5.444.302,13	85%	2,35%
L	Diagnostica di Laboratorio	27.978.478,35	210.283.647,63	162.269.137,61	48.014.510,02	130%	13,31%
MN	Medicina Nucleare	644.024,04	32.132.726,27	32.196.930,17	-64.203,90	100%	2,00%
RAD	Radiologia	3.068.412,15	148.792.412,37	153.397.746,64	-4.605.334,27	97%	2,06%
RI	Riabilitazione art. 44 (FKT)	1.496.061,70	93.148.045,73	74.456.749,68	18.691.296,05	125%	1,61%
RT	Radioterapia	153.005,19	7.259.048,37	7.653.591,29	-394.542,92	95%	2,11%
	Stima esercizio 2008	34.794.106,82	560.000.378,56	502.762.714,14	57.237.664,42	111%	6,21%
L	Diagnostica di Laboratorio	27.978.478,35	210.283.647,63	162.269.137,61	48.014.510,02	130%	13,31%
non L	Altra Specialistica	6.815.628,47	349.716.730,93	340.493.576,53	9.223.154,40	103%	1,95%
totale	Stima esercizio 2007	33.137.244,59	533.333.693,87	478.821.632,51	54.512.061,35	111%	6,21%

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE	€ 46,48	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA	€ 82,63	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA	BV	€ 103,29	2%	€ 2,07
03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE	€ 82,63	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE	BV	€ 103,29	2%	€ 2,07
04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	€ 46,02	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	BV	€ 51,13	2%	€ 1,02
04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	€ 46,02	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	BV	€ 51,13	2%	€ 1,02
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. BLOCCO DEL GANGLIO DI GASSER E DEI SUOI RAMI. ESCLUSO: LE ANESTESIE PER INTERVENTO	€ 46,48	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. BLOCCO DEGLI INTERCOSTALI. ESCLUSO: LE ANESTESIE PER INTERVENTO. ESCLUSO: DENERVAZIONE UTERINA PARACERVICALE	€ 7,44	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	BV	€ 15,49	2%	€ 0,31
05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	€ 61,97	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	BV	€ 77,47	2%	€ 1,55
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	€ 103,29	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	BV	€ 129,11	2%	€ 2,58
06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 61,46	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	BV	€ 61,46	2%	€ 1,23
06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. BIOPSIA DI MATERIALE AGOASPIRATO DELLA TIROIDE	€ 11,66	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	BV	€ 43,38	2%	€ 0,87
06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	€ 61,46	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	BV	€ 61,46	2%	€ 1,23
06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	€ 53,71	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	BV	€ 67,14	2%	€ 1,34
08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE	€ 13,63	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE	BV	€ 13,63	2%	€ 0,27
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	€ 13,63	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	BV	€ 13,63	2%	€ 0,27
08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA	€ 13,63	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA	BV	€ 13,63	2%	€ 0,27
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	€ 5,67	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	BV	€ 13,63	2%	€ 0,27
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	€ 13,89	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	€ 24,54	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	€ 13,69	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	€ 40,90	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	BV	€ 45,45	2%	€ 0,91
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	€ 34,62	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	BV	€ 34,09	2%	€ 0,68
08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	€ 36,81	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	BV	€ 40,90	2%	€ 0,82
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	€ 17,64	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	BV	€ 40,90	2%	€ 0,82
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	€ 54,54	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	BV	€ 68,17	2%	€ 1,36
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA	€ 123,95	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA	BV	€ 154,94	2%	€ 3,10
08.52	BLEFARORRAFIA	€ 15,40	08.52	BLEFARORRAFIA	BV	€ 40,90	2%	€ 0,82
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	€ 247,90	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	BV	€ 309,87	2%	€ 6,20
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	€ 30,68	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	BV	€ 34,09	2%	€ 0,68
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	€ 30,68	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	BV	€ 34,09	2%	€ 0,68
08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	€ 30,68	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	BV	€ 34,09	2%	€ 0,68
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	€ 54,54	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	BV	€ 68,17	2%	€ 1,36
08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 4,18	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	BV	€ 22,72	2%	€ 0,45
08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 20,45	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	BV	€ 22,72	2%	€ 0,45
08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	€ 13,63	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	BV	€ 13,63	2%	€ 0,27
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 3,91	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	BV	€ 34,09	2%	€ 0,68
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 45,45	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	€ 36,81	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	BV	€ 40,90	2%	€ 0,82
09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	€ 36,81	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	BV	€ 40,90	2%	€ 0,82
09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 31,33	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14
09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 5,67	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	BV	€ 13,63	2%	€ 0,27
09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 5,67	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	BV	€ 15,91	2%	€ 0,32
09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE	€ 5,67	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14
09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 30,68	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	BV	€ 34,09	2%	€ 0,68

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 30,68	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	BV	€ 34,09	2%	59
09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	€ 3,91	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	BV	€ 34,09	2%	
09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI	€ 30,68	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI	BV	€ 34,09	2%	3
09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI	€ 31,33	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI	BV	€ 258,23	2%	
09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	€ 45,45	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	BV	€ 56,81	2%	16
09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	€ 165,27	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	BV	€ 206,58	2%	
10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	€ 14,32	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	BV	€ 15,91	2%	
10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA	€ 24,54	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA	BV	€ 27,27	2%	7
10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 24,54	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA	BV	€ 27,27	2%	
10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 24,54	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA	BV	€ 27,27	2%	
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	€ 17,20	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	BV	€ 90,90	2%	
10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 40,90	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	BV	€ 45,45	2%	
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	€ 2,07	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	BV	€ 11,36	2%	
11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 17,20	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	BV	€ 56,81	2%	
11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	€ 72,72	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	BV	€ 90,90	2%	25
11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 45,45	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	BV	€ 56,81	2%	13
11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	€ 23,10	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	BV	€ 22,72	2%	
11.43	CRIOITERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	€ 25,56	11.43	CRIOITERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	BV	€ 28,41	2%	
11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	€ 231,37	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	BV	€ 289,22	2%	104
11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	€ 15,40	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	BV	€ 34,09	2%	
11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DI LENTE A CONTATTO	€ 14,32	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DI LENTE A CONTATTO	BV	€ 15,91	2%	
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE CON LASER AD ECCIMERI (PRK) CON TECNICA DI ABLAZIONE STANDARD O SUPERFICIALE	€ 64,00	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE	BV	€ 79,53	2%	
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI CON LASER AD ECCIMERI (PKT)	€ 64,00	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI	BV	€ 79,53	2%	
11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI RIFRAZIONE CON LASER AD ECCIMERI CON TECNICA LASIK O LAMELLARE	€ 64,00						
12.14	IRIDECTOMIA	€ 35,98	12.14	IRIDECTOMIA	BV	€ 90,90	2%	40
12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	€ 90,90	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	BV	€ 113,62	2%	411
12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE	€ 72,72	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE	BV	€ 90,90	2%	65
12.72	CICLOCRIOTERAPIA (PER CICLO DI 10 SEDUTE)	€ 27,89	12.72	CICLOCRIOTERAPIA	BV	€ 90,90	2%	
12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	€ 72,72	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	BV	€ 90,90	2%	188
12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	€ 12,66	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	BV	€ 27,27	2%	
13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	€ 47,97	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	BV	€ 79,53	2%	853
14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOITERAPIA	€ 45,45	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOITERAPIA	BV	€ 56,81	2%	
14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	€ 45,45	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	BV	€ 56,81	2%	3
14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOITERAPIA	€ 45,45	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOITERAPIA	BV	€ 56,81	2%	41
14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)	€ 45,45	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE	BV	€ 56,81	2%	233
14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	€ 45,45	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE	BV	€ 56,81	2%	5.837
14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	€ 24,54	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	BV	€ 27,27	2%	
16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	€ 43,96	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	BV	€ 45,45	2%	
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	€ 3,46	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	BV	€ 36,15	2%	
18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE	€ 11,36	18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE	BV	€ 11,36	2%	
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 12,81	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	BV	€ 12,81	2%	
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 14,20	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	BV	€ 14,20	2%	
20.0	MIRINGOTOMIA	€ 17,90	20.0	MIRINGOTOMIA	BV	€ 19,88	2%	1
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	€ 15,40	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	BV	€ 54,23	2%	
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	€ 19,52	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	BV	€ 21,69	2%	
20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE, SOAE, TEOAE, DPOAE	€ 9,04	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE	BV	€ 9,04	2%	
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	€ 12,65	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	BV	€ 12,65	2%	1.152
21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	€ 12,65	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	BV	€ 12,65	2%	
21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	€ 20,92	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	BV	€ 23,24	2%	
21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO)	€ 14,64	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO)	BV	€ 16,27	2%	7
21.22	BIOPSIA DEL NASO	€ 6,87	21.22	BIOPSIA DEL NASO	BV	€ 21,69	2%	

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	€ 19,52	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO	€ 19,52	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO	€ 3,46	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO	€ 19,52	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE	€ 23,14	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE	BV	€ 28,92	2%	€ 0,58
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	€ 11,62	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	€ 16,27	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	BV	€ 16,27	2%	€ 0,33
23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	€ 6,71	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	BV	€ 16,27	2%	€ 0,33
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	€ 27,19	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	BV	€ 30,21	2%	€ 0,60
23.2.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. FINO A DUE SUPERFICI. INCLUSO: OTTURAZIONE CARIE, OTTURAZIONE CARIE CON INCAPPUCCIAMENTO INDIRETTO DELLA POLPA	€ 16,73	23.2.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. FINO A DUE SUPERFICI. INCLUSO: OTTURAZIONE CARIE, OTTURAZIONE CARIE CON INCAPPUCCIAMENTO INDIRETTO DELLA POLPA		€ 18,59	2%	€ 0,37
23.2.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. A TRE O PIÙ SUPERFICI E/O APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE. INCLUSO: OTTURAZIONE CARIE, OTTURAZIONE CARIE CON INCAPPUCCIAMENTO INDIRETTO DELLA POLPA	€ 31,37	23.2.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. A TRE O PIÙ SUPERFICI E/O APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE. INCLUSO: OTTURAZIONE CARIE, OTTURAZIONE CARIE CON INCAPPUCCIAMENTO INDIRETTO DELLA POLPA		€ 34,86	2%	€ 0,70
23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	€ 12,76	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70
23.41	APPLICAZIONE DI CORONA	€ 16,90	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA	BV	€ 31,40	2%	€ 0,63
23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	€ 29,58	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	BV	€ 31,40	2%	€ 0,63
23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	€ 45,07	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	BV	€ 38,73	2%	€ 0,77
23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	€ 42,25	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	BV	€ 44,16	2%	€ 0,88
23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	€ 39,74	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	BV	€ 44,16	2%	€ 0,88
23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	€ 55,78	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	BV	€ 69,72	2%	€ 1,39
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 129,11	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	BV	€ 129,11	2%	€ 2,58
23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 81,34	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	BV	€ 81,34	2%	€ 1,63
23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	€ 16,27	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	BV	€ 16,27	2%	€ 0,33
23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA	€ 4,29	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA	BV	€ 16,27	2%	€ 0,33
23.5	IMPIANTO DI DENTE	€ 17,38	23.5	IMPIANTO DI DENTE	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23
23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA	€ 65,07	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA	BV	€ 81,34	2%	€ 1,63
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	€ 34,86	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	€ 53,45	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	BV	€ 53,45	2%	€ 1,07
23.73	APICECTOMIA	€ 16,52	23.73	APICECTOMIA	BV	€ 44,16	2%	€ 0,88
24.0.1	GENGIVECTOMIA	€ 6,66	24.0.1	GENGIVECTOMIA	BV	€ 27,88	2%	€ 0,56
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	€ 8,93	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	€ 8,93	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28
24.2.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]	€ 46,48	24.2.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]		€ 58,10	2%	€ 1,16
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	€ 21,10	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	€ 33,67	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	€ 13,38	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	BV	€ 20,92	2%	€ 0,42
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	€ 39,76	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	BV	€ 44,16	2%	€ 0,88
24.7.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI	€ 92,96	24.7.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI		€ 116,20	2%	€ 2,32
24.7.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI	€ 92,96	24.7.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI		€ 116,20	2%	€ 2,32
24.7.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI	€ 92,96	24.7.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI		€ 116,20	2%	€ 2,32
24.8.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	€ 24,08	24.8.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO		€ 26,75	2%	€ 0,54
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	€ 8,93	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE	€ 5,22	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE	BV	€ 14,67	2%	€ 0,29
25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE	€ 12,84	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE	BV	€ 14,67	2%	€ 0,29
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI	€ 14,91	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	€ 7,08	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	BV	€ 14,67	2%	€ 0,29
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	€ 14,67	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	BV	€ 14,67	2%	€ 0,29
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	€ 7,08	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	€ 7,08	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28
27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	€ 7,08	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE	€ 12,84	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE	BV	€ 14,67	2%	€ 0,29
27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA	€ 17,57	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	€ 17,57	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	€ 17,57	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
27.71	INCISIONE DELL'UGOLA	€ 9,76	27.71	INCISIONE DELL'UGOLA	BV	€ 9,76	2%	€ 0,20

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996						
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE	€ 5,22	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE	BV	€ 14,67	2%	€ 0,29	1
28.0.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	€ 17,57	28.0.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE		€ 19,52	2%	€ 0,39	
29.12	BIOPSIA FARINGEA	€ 6,87	29.12	BIOPSIA FARINGEA	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39	
31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	€ 24,40	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	BV	€ 27,11	2%	€ 0,54	496
31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	€ 4,80	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	BV	€ 6,97	2%	€ 0,14	2
31.42.2	LARINGOSTROSCOPICO	€ 8,16	31.42.2	LARINGOSTROSCOPICO	BV	€ 20,92	2%	€ 0,42	
31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE	€ 11,98	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE	BV	€ 24,43	2%	€ 0,49	
31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	€ 12,91	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	BV	€ 12,91	2%	€ 0,26	
31.48.2	ESAME FONETOGRAPHICO	€ 14,40	31.48.2	ESAME FONETOGRAPHICO	BV	€ 22,67	2%	€ 0,45	
33.22	BRONCOSCOPICO CON FIBRE OTTICHE	€ 46,03	33.22	BRONCOSCOPICO CON FIBRE OTTICHE	BV	€ 82,63	2%	€ 1,65	5
33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	€ 43,59	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	BV	€ 129,11	2%	€ 2,58	
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA	€ 103,29	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA	BV	€ 129,11	2%	€ 2,58	
34.91	TORACENTESI	€ 74,37	34.91	TORACENTESI	BV	€ 92,96	2%	€ 1,86	3
34.91.1	TORACENTESI.TC-GUIDATA	€ 165,27	34.91.1	TORACENTESI	BV	€ 165,27	2%	€ 3,31	
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA	€ 49,58	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24	
38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	€ 3,75	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	BV	€ 59,29	2%	€ 1,19	
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 17,17	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	BV	€ 59,29	2%	€ 1,19	
38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE	€ 167,33	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE	BV	€ 209,17	2%	€ 4,18	
38.95	CATERISIMO VENOSO PER DIALISI RENALE	€ 206,58	38.95	CATERISIMO VENOSO PER DIALISI RENALE	BV	€ 258,23	2%	€ 5,16	
38.98	PUNTURA DI ARTERIA	€ 6,09	38.98	PUNTURA DI ARTERIA	BV	€ 30,99	2%	€ 0,62	
38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	€ 25,82	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	BV	€ 25,82	2%	€ 0,52	2.275
38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	€ 41,32	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	BV	€ 41,32	2%	€ 0,83	660
39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI	€ 2,74	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI	BV	€ 8,73	2%	€ 0,17	
39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	€ 170,30	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	BV	€ 154,94	2%	€ 3,10	211
39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	€ 170,30	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	BV	€ 129,11	2%	€ 2,58	109
39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	€ 170,30	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	BV	€ 103,29	2%	€ 2,07	
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	€ 170,30	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	BV	€ 165,27	2%	€ 3,31	31.855
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	€ 170,30	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	BV	€ 232,41	2%	€ 4,65	188
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	€ 170,30	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	BV	€ 206,58	2%	€ 4,13	
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	€ 170,30	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	BV	€ 258,23	2%	€ 5,16	823
39.95.8	EMOFILTRAZIONE	€ 170,30	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	BV	€ 258,23	2%	€ 5,16	
39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE	€ 170,30	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE	BV	€ 206,58	2%	€ 4,13	
39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 15,71	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	BV	€ 17,46	2%	€ 0,35	
40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE	€ 4,30	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	1
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	€ 59,29	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	BV	€ 59,29	2%	€ 1,19	75
40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	€ 104,58	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	BV	€ 104,58	2%	€ 2,09	
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	€ 31,37	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70	1
42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO	€ 14,72	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO	BV	€ 45,96	2%	€ 0,92	
42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	€ 13,94	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28	
42.29.2	PH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 65,28	42.29.2	PH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	BV	€ 81,60	2%	€ 1,63	1
42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO	€ 22,86	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO	BV	€ 50,35	2%	€ 1,01	
42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	€ 77,26	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	BV	€ 96,58	2%	€ 1,93	
43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.POLIPECTOMIA GASTRICA DI UNO O PIU' POLIPI CON APPROCCIO ENDOSCOPICO.POLIPECTOMIA GASTRICA DI UNO O PIU' POLIPI A	€ 22,86	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	BV	€ 48,81	2%	€ 0,98	
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.MEDIANTE LASER.ESCLUSO: BIOPSIA DELLO STOMACO (44.14). CONTROLLO DI EMORRAGIA	€ 61,97	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	BV	€ 77,47	2%	€ 1,55	
44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO	€ 46,02	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO	BV	€ 51,13	2%	€ 1,02	21
44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	€ 6,02	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76	
44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	€ 13,94	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28	846
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	€ 45,45	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14	2.082
45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE	€ 48,34	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE	BV	€ 60,43	2%	€ 1,21	1
45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	€ 56,81	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	BV	€ 71,01	2%	€ 1,42	2.175
45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	€ 49,58	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24	2.129
45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	€ 82,63	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	BV	€ 103,29	2%	€ 2,07	8

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996						N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	
45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	€ 33,47	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74	118
45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	€ 69,82	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	BV	€ 87,28	2%	€ 1,75	402
45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	€ 59,91	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	BV	€ 74,89	2%	€ 1,50	
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	€ 37,65	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	€ 25,10	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56	19
45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	€ 27,01	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	BV	€ 167,33	2%	€ 3,35	
45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	€ 38,99	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	BV	€ 96,84	2%	€ 1,94	83
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA	€ 82,63	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO	BV	€ 103,29	2%	€ 2,07	
48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	€ 8,65	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	BV	€ 25,05	2%	€ 0,50	3
48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO	€ 37,65	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 46,69	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	BV	€ 58,36	2%	€ 1,17	
48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO	€ 31,37	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70	
49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE	€ 6,66	49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70	
49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 31,37	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70	
49.11	FISTULOTOMIA ANALE	€ 31,37	49.11	FISTULOTOMIA ANALE	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70	
49.21	ANOSCOPIA	€ 6,66	49.21	ANOSCOPIA	BV	€ 22,72	2%	€ 0,45	
49.23	BIOPSIA DELL' ANO	€ 21,38	49.23	BIOPSIA DELL' ANO	BV	€ 23,76	2%	€ 0,48	
49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 37,65	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 12,19	49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	€ 11,33	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	BV	€ 16,53	2%	€ 0,33	
49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	€ 11,33	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI	€ 37,65	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	€ 37,65	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
49.59	SFINTEROTOMIA ANALE	€ 14,20	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84	
50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO.ASPIRAZIONE DIAGNOSTICA DEL FEGATO	€ 15,33	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	BV	€ 77,47	2%	€ 1,55	
50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO.ASPIRAZIONE DIAGNOSTICA TC-GUIDATA	€ 154,94	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	BV	€ 154,94	2%	€ 3,10	
50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO	€ 154,94	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO	BV	€ 154,94	2%	€ 3,10	
51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	€ 87,80	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76	
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	€ 18,82	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	BV	€ 20,92	2%	€ 0,42	
54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE	€ 49,58	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24	
54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE	€ 87,80	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76	
54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE	€ 3,46	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE	BV	€ 34,86	2%	€ 0,70	
54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE	€ 129,11	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE	BV	€ 129,11	2%	€ 2,58	
54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOEPERITONEALE	€ 26,95	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOEPERITONEALE	BV	€ 104,58	2%	€ 2,09	
54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE	€ 49,58	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24	
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	€ 43,80	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	BV	€ 54,74	2%	€ 1,09	
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	€ 18,21	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93	
55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE	€ 49,58	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24	
56.31	URETEROSCOPIA	€ 14,99	56.31	URETEROSCOPIA	BV	€ 72,72	2%	€ 1,45	
57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA	€ 24,54	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55	
57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]	€ 11,93	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]	BV	€ 45,45	2%	€ 0,91	96
57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	€ 45,45	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14	
57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	€ 13,89	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14	
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	€ 28,62	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14	
57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	€ 45,45	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	BV	€ 56,81	2%	€ 1,14	
57.94	CATETERISMO VESCICALE	€ 7,95	57.94	CATETERISMO VESCICALE	BV	€ 9,09	2%	€ 0,18	130
58.22	URETROSCOPIA	€ 4,18	58.22	URETROSCOPIA	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55	1
58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	€ 34,77	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	BV	€ 38,63	2%	€ 0,77	
58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	€ 5,99	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	BV	€ 38,63	2%	€ 0,77	
58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	€ 70,24	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76	
58.5	URETROSTOMIA ENDOSCOPICA	€ 34,77	58.5	URETROSTOMIA ENDOSCOPICA	BV	€ 38,63	2%	€ 0,77	
58.6.1	DILATAZIONE URETRALE	€ 30,68	58.6.1	DILATAZIONE URETRALE		€ 34,08	2%	€ 0,68	
58.6.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE	€ 3,98	58.6.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE		€ 10,22	2%	€ 0,20	

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
58.6.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	€ 17,90	58.6.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE		€ 38,63	2%	€ 0,77
59.8	CATERIZZAZIONE URETERALE	€ 14,18	59.8	CATERIZZAZIONE URETERALE	BV	€ 22,72	2%	€ 0,45
60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO	€ 9,79	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA.APPROCCIO TRANSPERINEALE O TRANSRETTALE	€ 8,68	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA.AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA PROSTATA	€ 48,29	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA	BV	€ 48,29	2%	€ 0,97
60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI	€ 49,58	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24
60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA	€ 24,54	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE	€ 15,62	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE	BV	€ 17,35	2%	€ 0,35
61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE	€ 15,62	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE	BV	€ 17,35	2%	€ 0,35
62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	€ 14,11	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO	€ 6,59	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO	BV	€ 14,87	2%	€ 0,30
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	€ 9,81	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76
64.11	BIOPSIA DEL PENE	€ 17,85	64.11	BIOPSIA DEL PENE	BV	€ 19,83	2%	€ 0,40
64.19.1	BALANOSCOPIA	€ 6,20	64.19.1	BALANOSCOPIA	BV	€ 6,20	2%	€ 0,12
64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	€ 5,22	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE	€ 26,77	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE	BV	€ 29,75	2%	€ 0,59
64.92.1	FRENULOTOMIA	€ 16,73	64.92.1	FRENULOTOMIA	BV	€ 18,59	2%	€ 0,37
64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	€ 17,85	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	BV	€ 19,83	2%	€ 0,40
65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI	€ 70,24	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76
65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO	€ 37,93	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO	BV	€ 42,14	2%	€ 0,84
66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE	€ 19,52	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]	€ 15,29	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]	BV	€ 24,79	2%	€ 0,50
67.19.1	BIOPSIA DELLA PORTIO	€ 4,89	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	BV	€ 27,27	2%	€ 0,55
67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	€ 13,89	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74
67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO	€ 33,47	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74
68.12.1	ISTEROSCOPIA	€ 15,29	68.12.1	ISTEROSCOPIA	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	€ 15,29	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	BV	€ 29,75	2%	€ 0,59
68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO	€ 12,76	68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93
69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	€ 12,91	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	BV	€ 12,91	2%	€ 0,26
69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	€ 7,78	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	BV	€ 77,47	2%	€ 1,55
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	€ 12,91	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	BV	€ 12,91	2%	€ 0,26
70.11.1	IMENOTOMIA	€ 22,31	70.11.1	IMENOTOMIA	BV	€ 24,79	2%	€ 0,50
70.21	COLPOSCOPIA	€ 10,74	70.21	COLPOSCOPIA	BV	€ 10,74	2%	€ 0,21
70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI	€ 2,36	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI	BV	€ 19,83	2%	€ 0,40
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	€ 22,31	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	BV	€ 24,79	2%	€ 0,50
70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	€ 26,77	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	BV	€ 29,75	2%	€ 0,59
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	€ 8,55	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	BV	€ 19,83	2%	€ 0,40
71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	€ 22,31	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	BV	€ 24,79	2%	€ 0,50
71.3.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	€ 17,85	71.3.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI		€ 19,83	2%	€ 0,40
71.9.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE	€ 26,77	71.9.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE		€ 29,74	2%	€ 0,59
75.1.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	€ 70,24	75.1.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI		€ 87,79	2%	€ 1,76
75.1.2	AMNIOCENTESI PRECOCE	€ 14,00	75.1.2	AMNIOCENTESI PRECOCE		€ 77,46	2%	€ 1,55
75.1.3	AMNIOCENTESI TARDIVA	€ 14,00	75.1.3	AMNIOCENTESI TARDIVA		€ 61,97	2%	€ 1,24
75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE	€ 70,24	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMPOIETICHE	BV	€ 87,80	2%	€ 1,76
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA	€ 14,78	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA	BV	€ 16,42	2%	€ 0,33
75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA	€ 6,40	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA	BV	€ 30,99	2%	€ 0,62
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	€ 10,02	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	BV	€ 21,69	2%	€ 0,43
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	€ 15,43	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	BV	€ 98,13	2%	€ 1,96
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE	€ 13,93	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 25,10	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 25,10	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56
78.7	OSTEOCLASIA	€ 14,30	78.7	OSTEOCLASIA	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NO SPECIFICATA	€ 46,48	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 46,48	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 46,48	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 46,48	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 37,18	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 41,32	2%	€ 0,83
79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 46,48	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	€ 46,48	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	BV	€ 51,65	2%	€ 1,03
79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	€ 32,54	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	BV	€ 36,15	2%	€ 0,72
79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	€ 13,33	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	BV	€ 36,15	2%	€ 0,72
79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	€ 13,33	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	BV	€ 36,15	2%	€ 0,72
79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	€ 13,33	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	BV	€ 36,15	2%	€ 0,72
79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	€ 5,55	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	BV	€ 36,15	2%	€ 0,72
80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA	€ 37,65	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA	BV	€ 41,83	2%	€ 0,84
81.91	ARTROCENTESI	€ 8,26	81.91	ARTROCENTESI	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	€ 8,68	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56
83.02	MIOTOMIA	€ 8,66	83.02	MIOTOMIA	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
83.03	BORSOTOMIA	€ 25,10	83.03	BORSOTOMIA	BV	€ 27,89	2%	€ 0,56
83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	€ 30,12	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	BV	€ 33,47	2%	€ 0,67
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	€ 30,12	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	BV	€ 33,47	2%	€ 0,67
83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	€ 47,41	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	BV	€ 47,41	2%	€ 0,95
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	€ 30,12	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	BV	€ 33,47	2%	€ 0,67
83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO	€ 6,97	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO	BV	€ 6,97	2%	€ 0,14
85.0	MASTOTOMIA	€ 26,77	85.0	MASTOTOMIA	BV	€ 29,75	2%	€ 0,59
85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	€ 8,66	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	BV	€ 24,79	2%	€ 0,50
85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA	€ 37,18	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA	RAD	€ 37,18	2%	€ 0,74
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS	€ 8,73	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS	BV	€ 29,75	2%	€ 0,59
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA	€ 14,11	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA	BV	€ 29,75	2%	€ 0,59
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA	€ 37,18	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 7,75	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	€ 15,49	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	BV	€ 15,49	2%	€ 0,31
86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	€ 1,55	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	BV	€ 9,04	2%	€ 0,18
86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE	€ 23,71	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE	BV	€ 26,34	2%	€ 0,53
86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 33,47	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74
86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 12,39	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 1,86	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	BV	€ 13,94	2%	€ 0,28
86.19.1	ELASTOMETRIA	€ 4,29	86.19.1	ELASTOMETRIA	BV	€ 4,29	2%	€ 0,09
86.19.2	SEBOMETRIA	€ 4,29	86.19.2	SEBOMETRIA	BV	€ 4,29	2%	€ 0,09
86.19.3	CORNEOMETRIA	€ 5,73	86.19.3	CORNEOMETRIA	BV	€ 5,73	2%	€ 0,11
86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	€ 7,18	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	BV	€ 7,18	2%	€ 0,14
86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 15,34	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	BV	€ 17,04	2%	€ 0,34
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 23,01	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	BV	€ 25,56	2%	€ 0,51
86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE	€ 7,18	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE	BV	€ 7,18	2%	€ 0,14
86.25	DERMOABRASIONE	€ 12,39	86.25	DERMOABRASIONE	BV	€ 17,04	2%	€ 0,34
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 15,34	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	BV	€ 17,04	2%	€ 0,34
86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	€ 8,42	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	BV	€ 8,42	2%	€ 0,17
86.3.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON	€ 3,05	86.3.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON		€ 12,81	2%	€ 0,26

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
86.3.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO.(PER SED.)	€ 5,42	86.3.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO.(PER SED.)		€ 12,81	2%	€ 0,26
86.3.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE.(PER SEDUTA)	€ 12,81	86.3.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE.(PER SEDUTA)		€ 12,81	2%	€ 0,26
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	€ 25,56	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	BV	€ 28,41	2%	€ 0,57
86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	€ 5,47	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	BV	€ 28,41	2%	€ 0,57
86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	€ 8,42	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	BV	€ 8,42	2%	€ 0,17
86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	€ 11,36	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	BV	€ 11,36	2%	€ 0,23
86.60	INNESTO CUTANEO, NAS	€ 165,27	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS	BV	€ 206,58	2%	€ 4,13
86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO	€ 206,58	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO	BV	€ 258,23	2%	€ 5,16
86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO	€ 165,27	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO	BV	€ 206,58	2%	€ 4,13
86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI	€ 247,90	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI	BV	€ 309,87	2%	€ 6,20
86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 247,90	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	BV	€ 309,87	2%	€ 6,20
86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO	€ 247,90	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO	BV	€ 309,87	2%	€ 6,20
86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI	€ 330,53	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI	BV	€ 413,17	2%	€ 8,26
86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 206,58	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO	BV	€ 258,23	2%	€ 5,16
86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	€ 20,45	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	BV	€ 22,72	2%	€ 0,45
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	€ 206,58	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	BV	€ 258,23	2%	€ 5,16
87.03	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	€ 83,15	87.03	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	RAD	€ 83,15	2%	€ 1,66
87.03.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 133,76	87.03.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 133,76	2%	€ 2,68
87.03.2	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	€ 89,35	87.03.2	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	RAD	€ 89,35	2%	€ 1,79
87.03.3	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 142,03	87.03.3	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 142,03	2%	€ 2,84
87.03.4	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]	€ 51,65	87.03.4	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]	RAD	€ 103,29	2%	€ 2,07
87.03.5	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO	€ 83,15	87.03.5	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO	RAD	€ 83,15	2%	€ 1,66
87.03.6	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 133,76	87.03.6	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 133,76	2%	€ 2,68
87.03.7	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	€ 83,15	87.03.7	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	RAD	€ 83,15	2%	€ 1,66
87.03.8	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 133,76	87.03.8	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 133,76	2%	€ 2,68
87.03.9	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI	€ 83,15	87.03.9	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI	RAD	€ 83,15	2%	€ 1,66
87.04.1	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	€ 30,99	87.04.1	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	RAD	€ 30,99	2%	€ 0,62
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	€ 51,65	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	RAD	€ 85,22	2%	€ 1,70
87.06	FARINGOGRAFIA	€ 25,82	87.06	FARINGOGRAFIA	RAD	€ 30,47	2%	€ 0,61
87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI	€ 54,74	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI	RAD	€ 54,74	2%	€ 1,09
87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO	€ 30,99	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO	RAD	€ 46,48	2%	€ 0,93
87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO	€ 15,24	87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO	RAD	€ 15,24	2%	€ 0,30
87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE	€ 51,65	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE	RAD	€ 66,62	2%	€ 1,33
87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA	€ 10,33	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA	RAD	€ 10,33	2%	€ 0,21
87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA	€ 9,30	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA	RAD	€ 9,30	2%	€ 0,19
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE	€ 20,66	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE	RAD	€ 20,66	2%	€ 0,41
87.11.4	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATE DENTARIE	€ 20,66	87.11.4	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATE DENTARIE	RAD	€ 24,27	2%	€ 0,49
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	€ 10,33	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	RAD	€ 10,33	2%	€ 0,21
87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA	€ 4,13	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA	RAD	€ 6,20	2%	€ 0,12
87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO.MONOLATERALE.(4 PROIEZIONI).INCLUSO: ESAME DIRETTO	€ 51,65	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO	RAD	€ 67,14	2%	€ 1,34
87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO.BILATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO	€ 61,97	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO	RAD	€ 84,70	2%	€ 1,69
87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA	€ 14,98	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA	RAD	€ 14,98	2%	€ 0,30
87.16.2	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.BASALE E DINAMICA BIATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO	€ 51,65	87.16.2	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	RAD	€ 53,20	2%	€ 1,06

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
87.16.3	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.MONOLATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO.ESCLUSO: STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BASALE E DINAMICA (87.16.2)	€ 26,86	87.16.3	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	RAD	€ 26,86	2%	169
87.16.4	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.BILATERALE.INCLUSO: ESAME DIRETTO.ESCLUSO: STRATIGRAFIA ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BASALE E DINAMICA (87.16.2)	€ 44,42	87.16.4	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	RAD	€ 44,42	2%	515
87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI	€ 22,21	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI	RAD	€ 22,21	2%	15.998
87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA	€ 15,24	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA	RAD	€ 15,24	2%	158
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 17,30	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	RAD	€ 17,30	2%	1
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	€ 18,08	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	RAD	€ 18,08	2%	61.879
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	€ 17,30	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	RAD	€ 17,30	2%	30.383
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	€ 17,30	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	RAD	€ 17,30	2%	89.253
87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	€ 34,60	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	RAD	€ 34,60	2%	32.443
87.35	GALATTOGRAFIA	€ 51,65	87.35	GALATTOGRAFIA	RAD	€ 68,17	2%	20
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,86	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	RAD	€ 34,86	2%	83.320
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 22,98	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	RAD	€ 22,98	2%	1.632
87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	€ 32,02	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	RAD	€ 32,02	2%	0,64
87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA	€ 51,65	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA	RAD	€ 54,23	2%	4
87.41	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	€ 86,25	87.41	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	RAD	€ 86,25	2%	27.282
87.41.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 137,89	87.41.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 137,89	2%	35.113
87.42.1	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	€ 49,06	87.42.1	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	RAD	€ 49,06	2%	133
87.42.2	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE	€ 34,60	87.42.2	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE	RAD	€ 34,60	2%	61
87.42.3	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	€ 40,03	87.42.3	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	RAD	€ 40,03	2%	18
87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	€ 24,27	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	RAD	€ 24,27	2%	6.019
87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	€ 16,01	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	RAD	€ 16,01	2%	6.663
87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	€ 15,49	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	RAD	€ 15,49	2%	160.864
87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	€ 31,50	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	RAD	€ 31,50	2%	141
87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA	€ 14,98	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA	RAD	€ 14,98	2%	1.361
87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA	€ 68,69	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA	RAD	€ 68,69	2%	2
87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR	€ 44,42	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR	RAD	€ 44,42	2%	3
87.59.1	COLECISTOGRAFIA	€ 50,10	87.59.1	COLECISTOGRAFIA	RAD	€ 50,10	2%	5
87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE	€ 70,50	87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE	RAD	€ 70,50	2%	1.793
87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	€ 50,10	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	RAD	€ 50,10	2%	5.360
87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	€ 37,44	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	RAD	€ 37,44	2%	3.423
87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	€ 47,26	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	RAD	€ 47,26	2%	1.080
87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	€ 59,39	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	RAD	€ 59,39	2%	1.904
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	€ 45,45	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	RAD	€ 45,45	2%	145
87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE	€ 29,95	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE	RAD	€ 29,95	2%	1.677
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	€ 51,65	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	RAD	€ 51,65	2%	528
87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	€ 91,67	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	RAD	€ 91,67	2%	1.787
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	€ 103,29	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	RAD	€ 140,99	2%	15
87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO	€ 51,65	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO	RAD	€ 59,65	2%	1.19
87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE	€ 63,27	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE	RAD	€ 63,27	2%	225
87.71	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI	€ 95,03	87.71	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI	RAD	€ 95,03	2%	324
87.71.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO	€ 149,26	87.71.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 149,26	2%	597
87.72	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE	€ 30,99	87.72	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE	RAD	€ 30,99	2%	1.195
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA	€ 89,35	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA	RAD	€ 89,35	2%	4.420
87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	€ 68,69	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	RAD	€ 68,69	2%	1
87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	€ 91,93	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	RAD	€ 91,93	2%	1
87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	€ 38,22	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	RAD	€ 43,38	2%	3
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA	€ 66,11	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA	RAD	€ 66,11	2%	72
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,71	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	RAD	€ 53,71	2%	367
87.77	CISTOGRAFIA	€ 48,29	87.77	CISTOGRAFIA	RAD	€ 48,29	2%	2.047
87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	€ 68,69	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	RAD	€ 68,69	2%	34
87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO	€ 19,37	87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO	RAD	€ 19,37	2%	5.730
87.79.1	URETROGRAFIA	€ 43,90	87.79.1	URETROGRAFIA	RAD	€ 43,90	2%	277

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA	€ 108,46	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA	RAD	€ 108,46	2%	1.478
87.89.1	COLPOGRAFIA	€ 55,78	87.89.1	COLPOGRAFIA	RAD	€ 55,78	2%	9
87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	€ 72,30	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	RAD	€ 72,30	2%	1.45
87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	€ 73,85	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	RAD	€ 73,85	2%	1.48
88.01.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 88,31	88.01.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	RAD	€ 88,31	2%	2.239
88.01.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 140,99	88.01.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 140,99	2%	9.346
88.01.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	€ 88,31	88.01.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	RAD	€ 88,31	2%	1.780
88.01.4	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 140,99	88.01.4	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 140,99	2%	7.852
88.01.5	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	€ 115,17	88.01.5	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	RAD	€ 115,17	2%	9.266
88.01.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 175,60	88.01.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 175,60	2%	33.349
88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME	€ 54,23	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME	RAD	€ 54,23	2%	23
88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	€ 126,02	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	RAD	€ 126,02	2%	2.52
88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME	€ 19,37	88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME	RAD	€ 19,37	2%	2.741
88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE	€ 17,82	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE	RAD	€ 17,82	2%	55.749
88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO	€ 14,98	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO	RAD	€ 14,98	2%	12.557
88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	€ 14,20	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	RAD	€ 14,20	2%	57.690
88.25	PELVIMETRIA	€ 17,56	88.25	PELVIMETRIA	RAD	€ 17,56	2%	2
88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	€ 17,56	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	RAD	€ 17,56	2%	92.061
88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	€ 21,17	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	RAD	€ 21,17	2%	140.086
88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	€ 17,82	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	RAD	€ 17,82	2%	74.342
88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	€ 30,21	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	RAD	€ 30,21	2%	5.832
88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	€ 26,34	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	RAD	€ 26,34	2%	5.905
88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	€ 90,38	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	RAD	€ 90,38	2%	573
88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	€ 22,47	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	RAD	€ 22,47	2%	0.45
88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO	€ 82,12	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO	RAD	€ 82,12	2%	22
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	€ 12,14	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	RAD	€ 12,14	2%	1.672
88.33.2	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	€ 31,50	88.33.2	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	RAD	€ 31,50	2%	389
88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	€ 54,23	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	RAD	€ 54,23	2%	1.08
88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	€ 54,23	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	RAD	€ 54,23	2%	4
88.38.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	€ 86,25	88.38.1	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	RAD	€ 86,25	2%	55.308
88.38.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 137,89	88.38.2	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 137,89	2%	375
88.38.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE	€ 90,90	88.38.3	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE	RAD	€ 90,90	2%	5.993
88.38.4	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 144,09	88.38.4	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 144,09	2%	193
88.38.5	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	€ 86,51	88.38.5	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	RAD	€ 86,51	2%	3.853
88.38.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE	€ 86,51	88.38.6	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE	RAD	€ 86,51	2%	39.787
88.38.7	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 137,89	88.38.7	TOMOGRFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 137,89	2%	2.133
88.38.8	ARTRO TC	€ 150,81	88.38.8	ARTRO TC	RAD	€ 150,81	2%	356
88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	€ 15,49	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	RAD	€ 15,49	2%	1
88.42.1	AORTOGRAFIA	€ 283,28	88.42.1	AORTOGRAFIA	RAD	€ 283,28	2%	5.67
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE	€ 283,28	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE	RAD	€ 283,28	2%	5.67
88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	€ 283,28	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	RAD	€ 283,28	2%	5.67
88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE	€ 263,91	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE	RAD	€ 263,91	2%	5.28
88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	€ 98,13	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	RAD	€ 98,13	2%	1.96
88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	€ 256,68	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	RAD	€ 256,68	2%	5.13
88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	€ 256,68	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	RAD	€ 256,68	2%	5.13
88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	€ 246,35	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	RAD	€ 246,35	2%	4
88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	€ 246,35	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	RAD	€ 246,35	2%	4.93
88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	€ 246,35	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	RAD	€ 246,35	2%	4.93
88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA	€ 256,68	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA	RAD	€ 256,68	2%	5.13
88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI.MONOLATERALE	€ 246,35	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI	RAD	€ 246,35	2%	4.93
88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI.BILATERALE	€ 285,08	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI	RAD	€ 285,08	2%	5.70
88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA	€ 31,25	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA	BV	€ 31,25	2%	68
88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO	€ 41,37	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO	BV	€ 45,96	2%	76
88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	€ 44,16	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	BV	€ 49,06	2%	414
88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	€ 28,41	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	RAD	€ 28,41	2%	120.695
88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	€ 41,32	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	CA	€ 51,65	2%	88.410

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 48,34	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	CA	€ 60,43	2%	17.521
88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	€ 49,58	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	CA	€ 61,97	2%	109.012
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA	€ 61,97	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA	CA	€ 77,47	2%	18
88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	€ 37,18	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	BV	€ 41,32	2%	154
88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA BILATERALE	€ 35,89	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	RAD	€ 35,89	2%	63.988
88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA MONOLATERALE	€ 21,17	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	RAD	€ 21,17	2%	1.386
88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	€ 35,89	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	RAD	€ 35,89	2%	33
88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	€ 30,73	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	RAD	€ 30,73	2%	1.878
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	€ 39,51	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	CA	€ 43,90	2%	125.319
88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	€ 43,90	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	RAD	€ 43,90	2%	128.604
88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	€ 43,38	88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	RAD	€ 43,38	2%	2.805
88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS	€ 43,38	88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS	RAD	€ 43,38	2%	1.202
88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA	€ 43,38	88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA	RAD	€ 43,38	2%	1.203
88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	€ 34,09	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	RAD	€ 34,09	2%	3.594
88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	€ 32,02	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	RAD	€ 32,02	2%	89.993
88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	€ 50,10	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	RAD	€ 50,10	2%	9.054
88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	€ 60,43	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	RAD	€ 60,43	2%	221.738
88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI	€ 32,02	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI	RAD	€ 32,02	2%	8.981
88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	€ 22,31	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA	CA	€ 24,79	2%	4.170
88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE ARTERIOSA O VENOSA	€ 39,51	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, (LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	CA	€ 43,90	2%	201.219
88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 20,92	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	CA	€ 23,24	2%	182
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 27,89	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	BV	€ 30,99	2%	4.316
88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA	€ 22,98	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA	RAD	€ 22,98	2%	452
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	€ 27,89	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	BV	€ 30,99	2%	1.923
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 28,41	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	RAD	€ 28,41	2%	49.667
88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	€ 32,54	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	RAD	€ 32,54	2%	33.443
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	€ 28,41	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	RAD	€ 28,41	2%	37.678
88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	€ 50,61	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	RAD	€ 50,61	2%	1
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	€ 30,99	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	RAD	€ 30,99	2%	341
88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	€ 30,99	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	RAD	€ 30,99	2%	11.436
88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	€ 43,38	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	RAD	€ 43,38	2%	7.051
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	€ 43,38	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	BV	€ 43,38	2%	7.881
88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	€ 25,31	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	RAD	€ 25,31	2%	€ 0,51
88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA	€ 25,31	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA	RAD	€ 25,31	2%	€ 0,51
88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	€ 25,31	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	RAD	€ 25,31	2%	€ 0,51
88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI:	€ 14,98	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI:	RAD	€ 14,98	2%	7
88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC	€ 20,14	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC	RAD	€ 20,14	2%	7.327
88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	€ 29,44	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	RAD	€ 29,44	2%	56.085
88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	€ 206,58	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	RAD	€ 222,08	2%	32.266
88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 309,87	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 330,02	2%	13.166
88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	€ 154,94	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	RAD	€ 160,10	2%	2.750
88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 206,58	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 249,45	2%	3.383
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 232,41	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	RAD	€ 246,35	2%	8.008
88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	€ 154,94	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	RAD	€ 160,10	2%	694
88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 232,41	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 249,45	2%	976
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	€ 232,41	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	RAD	€ 246,35	2%	1.951
88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	€ 154,42	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	RAD	€ 154,42	2%	799
88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 232,41	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 241,70	2%	625
88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	€ 154,94	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	RAD	€ 160,10	2%	67
88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 232,41	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 249,45	2%	166
88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	€ 284,05	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	RAD	€ 310,39	2%	215
88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA.MONOLATERALE	€ 148,22	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	RAD	€ 148,22	2%	30

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO.MONOLATERALE	€ 232,41	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 233,95	2%	157
88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA.BILATERALE	€ 160,10	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	RAD	€ 160,10	2%	231
88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO.BILATERALE	€ 232,41	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 249,45	2%	1.837
88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	€ 154,42	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	RAD	€ 154,42	2%	105.499
88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	€ 206,58	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 241,70	2%	6.355
88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA	€ 154,94	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA	RAD	€ 177,66	2%	102.646
88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	€ 232,41	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 272,17	2%	1.213
88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	€ 232,41	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	RAD	€ 246,35	2%	313
88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 154,94	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	RAD	€ 160,10	2%	2.797
88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	€ 232,41	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 249,45	2%	3.642
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 232,41	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	RAD	€ 246,35	2%	783
88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	€ 154,94	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	RAD	€ 160,10	2%	2.226
88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	€ 232,41	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	RAD	€ 249,45	2%	3.080
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 232,41	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	RAD	€ 246,35	2%	185
88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO	€ 21,17	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO	RAD	€ 21,17	2%	0,42
88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X.LOMBARE, FEMORALE, ULTRADISTALE	€ 31,50	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	RAD	€ 31,50	2%	13.418
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X.TOTAL BODY	€ 43,38	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	RAD	€ 43,38	2%	5.844
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC	€ 76,95	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC	RAD	€ 76,95	2%	6.613
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	€ 17,56	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	RAD	€ 17,56	2%	785
89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	€ 12,91	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	BV	€ 12,91	2%	83.365
89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	€ 18,59	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	BV	€ 20,66	2%	7.189
89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	€ 41,83	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	BV	€ 46,48	2%	1.019
89.11	TONOMETRIA	€ 13,94	89.11	TONOMETRIA	BV	€ 13,94	2%	9.388
89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE	€ 13,94	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE	BV	€ 13,94	2%	0,28
89.13	VISITA NEUROLOGICA	€ 18,59	89.13	VISITA NEUROLOGICA	BV	€ 20,66	2%	19.248
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	€ 10,78	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	BV	€ 23,24	2%	3.032
89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	€ 18,59	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	BV	€ 34,86	2%	4
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 31,37	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	BV	€ 34,86	2%	159
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 ORE	€ 23,24	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	BV	€ 46,48	2%	0,93
89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 ORE	€ 31,37	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore	BV	€ 34,86	2%	0,70
89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE	€ 18,31	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE	BV	€ 34,86	2%	0,70
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 20,92	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	BV	€ 23,24	2%	53
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI	€ 43,92	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI	BV	€ 48,81	2%	0,98
89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI	€ 31,37	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI	BV	€ 34,86	2%	99
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	€ 31,37	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	BV	€ 34,86	2%	123
89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO	€ 44,62	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO	BV	€ 55,78	2%	34
89.15.6	POLIGRAFIA	€ 41,83	89.15.6	POLIGRAFIA	BV	€ 46,48	2%	0,93
89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE	€ 41,83	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE	BV	€ 46,48	2%	0,93
89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI.PER RICERCA DI SOGLIA	€ 37,65	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI	BV	€ 41,83	2%	0,84
89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI.DA STIMOLO ELETTRICO	€ 74,37	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI	BV	€ 92,96	2%	5
89.17	POLISONNOGRAMMA	€ 68,18	89.17	POLISONNOGRAMMA	BV	€ 139,44	2%	388
89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	€ 111,55	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	BV	€ 139,44	2%	2,79
89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	€ 111,55	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	BV	€ 139,44	2%	2,79
89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 25,10	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	BV	€ 27,89	2%	0,56
89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 46,02	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	BV	€ 51,13	2%	1,02
89.22	CISTOMETROGRAFIA	€ 21,75	89.22	CISTOMETROGRAFIA	BV	€ 55,78	2%	1,12
89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	€ 20,92	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	BV	€ 23,24	2%	0,46
89.24	UROFLUSSOMETRIA	€ 11,62	89.24	UROFLUSSOMETRIA	BV	€ 11,62	2%	0,23
89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	€ 11,62	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	BV	€ 11,62	2%	0,23
89.26	VISITA GINECOLOGICA	€ 18,59	89.26	VISITA GINECOLOGICA	BV	€ 20,66	2%	4.533

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996						N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 53,71	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	BV	€ 67,14	2%	€ 1,34	
89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 ORE	€ 74,37	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	BV	€ 92,96	2%	€ 1,86	
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	€ 14,87	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	1.317
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	€ 23,24	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74	620
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	€ 41,83	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93	
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 33,47	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	BV	€ 37,18	2%	€ 0,74	668
89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	€ 44,62	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	BV	€ 55,78	2%	€ 1,12	1
89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO	€ 41,83	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93	
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE	€ 20,92	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	58
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	€ 20,92	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	19
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 14,87	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	27
89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	€ 12,76	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93	
89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	€ 20,92	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	€ 55,78	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	BV	€ 69,72	2%	€ 1,39	254
89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSIDIAFRAMMATICHE	€ 41,83	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93	
89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	€ 20,92	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	
89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	€ 20,92	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46	
89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	€ 6,97	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	BV	€ 6,97	2%	€ 0,14	
89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	€ 6,97	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	BV	€ 6,97	2%	€ 0,14	
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 16,73	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	BV	€ 18,59	2%	€ 0,37	26.585
89.39.4	GUSTOMETRIA	€ 9,30	89.39.4	GUSTOMETRIA	BV	€ 9,30	2%	€ 0,19	
89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	€ 7,23	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	BV	€ 7,44	2%	€ 0,15	
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	€ 44,62	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	CA	€ 55,78	2%	€ 1,12	8.636
89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	€ 16,73	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	CA	€ 18,59	2%	€ 0,37	43
89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	€ 44,62	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	CA	€ 55,78	2%	€ 1,12	20.403
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	€ 44,62	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	CA	€ 55,78	2%	€ 1,12	573
89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	€ 66,93	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	BV	€ 83,67	2%	€ 1,67	23
89.44.2	TEST DEL CAMMINO	€ 44,62	89.44.2	TEST DEL CAMMINO	BV	€ 55,78	2%	€ 1,12	206
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	€ 20,92	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	CA	€ 23,24	2%	€ 0,46	2.327
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	€ 49,58	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	CA	€ 61,97	2%	€ 1,24	47.502
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 9,97	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	CA	€ 11,62	2%	€ 0,23	254.653
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	€ 41,83	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	CA	€ 46,48	2%	€ 0,93	368
89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 9,30	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	CA	€ 18,59	2%	€ 0,37	18
89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	€ 9,30	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	CA	€ 18,59	2%	€ 0,37	
89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	€ 9,30	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	CA	€ 18,59	2%	€ 0,37	4
89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	€ 13,94	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	CA	€ 27,89	2%	€ 0,56	
89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA	€ 10,33	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA	CA	€ 20,66	2%	€ 0,41	
89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	€ 9,30	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	CA	€ 18,59	2%	€ 0,37	1
89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	€ 9,30	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	CA	€ 18,59	2%	€ 0,37	96
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	€ 37,18	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	CA	€ 41,32	2%	€ 0,83	25.952
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 37,18	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	CA	€ 41,32	2%	€ 0,83	16.626
89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	€ 41,83	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	BV	€ 46,48	2%	€ 0,93	
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	€ 13,69	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	L	€ 13,69	2%	€ 0,27	1.621
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE	€ 16,73	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE	BV	€ 18,59	2%	€ 0,37	1
89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE	€ 16,73	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE	BV	€ 18,59	2%	€ 0,37	3
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	€ 16,73	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	BV	€ 18,59	2%	€ 0,37	21
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	€ 9,30	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	BV	€ 9,30	2%	€ 0,19	558
89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	€ 16,73	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	BV	€ 18,59	2%	€ 0,37	1
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 16,73	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	L	€ 18,59	2%	€ 0,37	136
89.7	VISITA GENERALE	€ 18,59	89.7	VISITA GENERALE	BV	€ 20,66	2%	€ 0,41	403.884

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
89.70.1	VISITA DIABETOLOGICA CON VALUTAZIONE DELLE COMPLICANZE	€ 27,95						25.814
89.70.2	INDAGINE ALIMENTARE E DIETOTERAPIA	€ 13,50						46.304
89.70.3	PODOGRAFIA	€ 5,73						26.547
89.70.4	MICROALBUMINURIA SEMIQUANTITATIVA	€ 3,54						28.594
89.70.5	TRATTAMENTO DEL PIEDE DIABETICO	€ 9,82						25.023
	TRE SEDUTE DI ADDESTRAMENTO COLLETTIVO ALL'AUTOCONTROLLO E ALL'AUTOGESTIONE TERAPIA (come da protocollo D.G.R.C. n° 4989/97) Importo per seduta	€ 6,68						54.417
89.70.6	GLICOSURIA E/O CHETONURIA SEMIQUANTITATIVA	€ 1,50						36.521
89.70.7	TRE GLICOSURIE E/O CHETONURIE SEMIQUANTITATIVE (come da protocollo D.G.R.C. n° 4989/97) Importo per seduta	€ 1,50						47.184
89.70.8	CICLO DI CURA DEL PIEDE DIABETICO per seduta (ciclo di dieci sedute) (come da protocollo D.G.R.C. n° 4989/97)	€ 9,82						1.983
89.70.9	PROFILO GLICEMICO per determinazione	€ 1,50						201.657
89.71.1								
89.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	€ 232,41	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	RAD	€ 246,35	2%	€ 4,93 146
90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	€ 13,70	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	L	€ 16,37	20%	€ 3,27 68
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 17,20	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	L	€ 10,64	20%	€ 2,13 7.365
90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [DU]	€ 10,69	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]	L	€ 10,69	20%	€ 2,14 860
90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [DU]	€ 9,72	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]	L	€ 11,36	20%	€ 2,27 255
90.01.5	ACIDI BILIARI	€ 9,14	90.01.5	ACIDI BILIARI	L	€ 9,14	20%	€ 1,83 735
90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [DU]	€ 14,36	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]	L	€ 15,96	20%	€ 3,19 142
90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 4,13	90.02.2	ACIDO CITRICO	L	€ 4,13	20%	€ 0,83
90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	€ 9,61	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	L	€ 9,61	20%	€ 1,92 7
90.02.4	ACIDO IPPURICO	€ 5,84	90.02.4	ACIDO IPPURICO	L	€ 5,84	20%	€ 1,17 71
90.02.5	ACIDO LATTICO	€ 5,32	90.02.5	ACIDO LATTICO	L	€ 5,32	20%	€ 1,06 166
90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	€ 7,80	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	L	€ 7,80	20%	€ 1,56 7
90.03.2	ACIDO PIRUVICO	€ 3,98	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	L	€ 3,98	20%	€ 0,80 1
90.03.3	ACIDO SIALICO	€ 13,94	90.03.3	ACIDO SIALICO	L	€ 13,94	20%	€ 2,79 3
90.03.4	ACIDO VALPROICO	€ 9,30	90.03.4	ACIDO VALPROICO	L	€ 9,30	20%	€ 1,86 9.516
90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [DU]	€ 18,55	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	L	€ 20,61	20%	€ 4,12 1.453
90.04.1	ADIURETINA (ADH)	€ 9,14	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	L	€ 9,14	20%	€ 1,83 11
90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	€ 20,59	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	L	€ 22,88	20%	€ 4,58 302
90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	€ 20,59	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	L	€ 22,88	20%	€ 4,58 222
90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	€ 5,22	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	L	€ 5,22	20%	€ 1,04 3
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	€ 2,88	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	L	€ 1,14	20%	€ 0,23 1.716.574
90.05.1	ALBUMINA [S/U/du]	€ 2,58	90.05.1	ALBUMINA [S/U/du]	L	€ 2,58	20%	€ 0,52 9.093
90.05.2	ALDOLASI [S]	€ 2,56	90.05.2	ALDOLASI [S]	L	€ 2,79	20%	€ 0,56 1.352
90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	€ 17,20	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	L	€ 14,62	20%	€ 2,92 5.604
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	€ 6,30	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	L	€ 6,30	20%	€ 1,26 600
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	€ 17,20	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	L	€ 10,79	20%	€ 2,16 102.840
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	€ 6,71	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	L	€ 7,59	20%	€ 1,52 10.738
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	€ 10,85	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	L	€ 10,85	20%	€ 2,17 29
90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	€ 4,18	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	L	€ 4,18	20%	€ 0,84 117
90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	€ 2,56	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	L	€ 2,43	20%	€ 0,49 76.358
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA)	€ 5,22	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	L	€ 5,22	20%	€ 1,04 3.541
90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	€ 9,09	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	L	€ 9,09	20%	€ 1,82
90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/SG/P]	€ 3,46	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/SG/P]	L	€ 3,46	20%	€ 0,69 11
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/SG/P]	€ 12,86	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/SG/P]	L	€ 12,86	20%	€ 2,57
90.07.4	AMITRIPTILINA	€ 7,33	90.07.4	AMITRIPTILINA	L	€ 7,33	20%	€ 1,47 1
90.07.5	AMMONIO [P]	€ 9,09	90.07.5	AMMONIO [P]	L	€ 9,09	20%	€ 1,82 18.868
90.08.1	ANDROSTENEDIOLO GLUCURONIDE [S]	€ 17,20	90.08.1	ANDROSTENEDIOLO GLUCURONIDE [S]	L	€ 12,50	20%	€ 2,50 707
90.08.2	ANGIOTENSINA II	€ 17,20	90.08.2	ANGIOTENSINA II	L	€ 13,94	20%	€ 2,79 315
90.08.3	ANTIBIOTICI	€ 6,09	90.08.3	ANTIBIOTICI	L	€ 7,33	20%	€ 1,47 2.563
90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	€ 6,09	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	L	€ 6,09	20%	€ 1,22 1.194
90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	€ 5,94	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	L	€ 5,94	20%	€ 1,19 1.327
90.09.1	APTOGLOBINA	€ 4,65	90.09.1	APTOGLOBINA	L	€ 4,65	20%	€ 0,93 1.105
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	€ 2,88	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	L	€ 1,14	20%	€ 0,23 1.727.032
90.09.3	BARBITURICI	€ 8,01	90.09.3	BARBITURICI	L	€ 8,01	20%	€ 1,60 7.883
90.09.4	BENZODIAZEPINE	€ 8,83	90.09.4	BENZODIAZEPINE	L	€ 8,83	20%	€ 1,77 200
90.09.5	BENZOLE	€ 9,19	90.09.5	BENZOLE	L	€ 9,19	20%	€ 1,84 1
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	€ 17,20	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	L	€ 10,79	20%	€ 2,16 19.461
90.10.2	BICARBONATI (IDROGENOCARBONATO)	€ 0,72	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	L	€ 0,72	20%	€ 0,14 860
90.10.3	BILIRUBINA (CURVA SPETTROFOTOMETRICA NEL LIQUIDO AMNIOTICO)	€ 0,88	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)	L	€ 0,88	20%	€ 0,18 5
90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	€ 1,70	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	L	€ 1,24	20%	€ 0,25 68.500
90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	€ 3,40	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	L	€ 1,55	20%	€ 0,31 472.369
90.11.1	C PEPTIDE	€ 17,20	90.11.1	C PEPTIDE	L	€ 11,57	20%	€ 2,31 11.213
90.11.2	C PEPTIDE: DOSAGGI SERIATI DOPO TEST DI STIMOLO (5)	€ 43,41	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	L	€ 48,24	20%	€ 9,65 102
90.11.3	CADMIO	€ 9,09	90.11.3	CADMIO	L	€ 9,09	20%	€ 1,82 1
90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/du]	€ 2,78	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/du]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25 328.955
90.11.5	CALCITONINA	€ 17,20	90.11.5	CALCITONINA	L	€ 14,56	20%	€ 2,91 31.610
90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (RICERCA SEMIQUANTITATIVA)	€ 10,07	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	L	€ 10,07	20%	€ 2,01 96
90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (RICERCA QUALITATIVA)	€ 1,79	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	L	€ 5,32	20%	€ 1,06 95
90.12.3	CARBAMAZEPINA	€ 13,38	90.12.3	CARBAMAZEPINA	L	€ 13,38	20%	€ 2,68 6.186
90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	€ 12,60	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	L	€ 12,60	20%	€ 2,52 1.852
90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 5,68	90.12.5	CERULOPLASMINA	L	€ 5,68	20%	€ 1,14 547
90.13.1	CHIMOTRIPSINA [FECI]	€ 5,42	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]	L	€ 5,42	20%	€ 1,08 2
90.13.2	CICLOSPORINA	€ 14,64	90.13.2	CICLOSPORINA	L	€ 16,27	20%	€ 3,25 1.995
90.13.3	CLORURO [S/U/du]	€ 2,78	90.13.3	CLORURO [S/U/du]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25 29.838
90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [SD] (STIMOLAZIONE CON PILOCARPINA)	€ 8,42	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	L	€ 8,42	20%	€ 1,68 100
90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	€ 17,20	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	L	€ 9,09	20%	€ 1,82 13.617
90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,86	90.14.1	COLESTEROLO HDL	L	€ 1,86	20%	€ 0,37 816.278
90.14.2	COLESTEROLO LDL	€ 0,67	90.14.2	COLESTEROLO LDL	L	€ 0,67	20%	€ 0,13 317.928

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)				Tariffario DM 22/07/1996				%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	bran ca	Tariffa				
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 2,28	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	L	€ 1,14	20%	€ 0,23	1.543.678	
90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	€ 1,55	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	L	€ 1,55	20%	€ 0,31	56.754	
90.14.5	COPROPORFIRINE	€ 6,40	90.14.5	COPROPORFIRINE	L	€ 6,40	20%	€ 1,28	10	
90.15.1	CORPI CHETONICI	€ 0,77	90.15.1	CORPI CHETONICI	L	€ 0,77	20%	€ 0,15	816	
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	€ 17,20	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	L	€ 20,55	20%	€ 4,11	10.481	
90.15.3	CORTISOLO [S/U]	€ 17,20	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	L	€ 10,64	20%	€ 2,13	23.719	
90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	€ 1,96	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK O CK)	L	€ 1,96	20%	€ 0,39	174.116	
90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	€ 3,72	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	L	€ 3,72	20%	€ 0,74	9.192	
90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	€ 2,79	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	L	€ 2,79	20%	€ 0,56	315	
90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	€ 12,55	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	L	€ 12,55	20%	€ 2,51	32	
90.16.3	CREATININA [S/U/du/La]	€ 2,56	90.16.3	CREATININA [S/U/du/La]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	1.295.987	
90.16.4	CREATININA CLEARANCE	€ 1,76	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	L	€ 1,76	20%	€ 0,35	48.960	
90.16.5	CROMO	€ 9,09	90.16.5	CROMO	L	€ 9,09	20%	€ 1,82		
90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	€ 17,20	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	L	€ 10,69	20%	€ 2,14	9.843	
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 17,20	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	L	€ 15,39	20%	€ 3,08	22.160	
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 17,20	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	L	€ 9,61	20%	€ 1,92	13.553	
90.17.4	DESIPRAMINA	€ 7,33	90.17.4	DESIPRAMINA	L	€ 7,33	20%	€ 1,47	1	
90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	€ 17,20	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	L	€ 22,88	20%	€ 4,58	4.333	
90.18.1	DOPAMINA [S/U]	€ 13,32	90.18.1	DOPAMINA [S/U]	L	€ 13,32	20%	€ 2,66	72	
90.18.2	DOXEPINA	€ 7,33	90.18.2	DOXEPINA	L	€ 7,33	20%	€ 1,47	39	
90.18.3	DROGHE D'ABUSO	€ 5,99	90.18.3	DROGHE D'ABUSO	L	€ 5,99	20%	€ 1,20	1.721	
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	€ 17,20	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	L	€ 18,44	20%	€ 3,69	5.149	
90.18.5	ERITROPOIETINA	€ 17,20	90.18.5	ERITROPOIETINA	L	€ 17,66	20%	€ 3,53	73	
90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	€ 5,42	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	L	€ 5,42	20%	€ 1,08		
90.19.2	ESTRADIOL (E2) [S/U]	€ 17,20	90.19.2	ESTRADIOL (E2) [S/U]	L	€ 13,01	20%	€ 2,60	88.428	
90.19.3	ESTRIOL (E3) [S/U]	€ 17,20	90.19.3	ESTRIOL (E3) [S/U]	L	€ 7,70	20%	€ 1,54	1.759	
90.19.4	ESTRIOL NON CONIUGATO	€ 9,19	90.19.4	ESTRIOL NON CONIUGATO	L	€ 9,19	20%	€ 1,84	164	
90.19.5	ESTRONE (E1)	€ 17,20	90.19.5	ESTRONE (E1)	L	€ 15,13	20%	€ 3,03	788	
90.20.1	ETANOLO	€ 5,78	90.20.1	ETANOLO	L	€ 5,78	20%	€ 1,16	31	
90.20.2	ETOSUCCIMIDE	€ 9,09	90.20.2	ETOSUCCIMIDE	L	€ 9,09	20%	€ 1,82	157	
90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI	€ 9,09	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI	L	€ 9,09	20%	€ 1,82	118	
90.20.4	FARMACI ANTINFIAMMATORI	€ 7,23	90.20.4	FARMACI ANTINFIAMMATORI	L	€ 7,23	20%	€ 1,45	11	
90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI	€ 9,35	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI	L	€ 9,35	20%	€ 1,87		
90.21.1	FARMACI DIGITALICI	€ 11,10	90.21.1	FARMACI DIGITALICI	L	€ 11,10	20%	€ 2,22	7.717	
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	€ 9,14	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	L	€ 9,14	20%	€ 1,83		
90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (GRASSI, PROD. DI DIGESTIONE, PARASSITI)	€ 3,23	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	L	€ 4,91	20%	€ 0,98	11.765	
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 0,79	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	L	€ 3,87	20%	€ 0,77	45.210	
90.21.5	FENILALANINA	€ 3,46	90.21.5	FENILALANINA	L	€ 3,46	20%	€ 0,69		
90.22.1	FENITOINA	€ 10,85	90.22.1	FENITOINA	L	€ 10,85	20%	€ 2,17	566	
90.22.2	FENOLO [U]	€ 3,56	90.22.2	FENOLO [U]	L	€ 3,56	20%	€ 0,71	7	
90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	€ 17,20	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	L	€ 9,09	20%	€ 1,82	374.290	
90.22.4	FERRO [DU]	€ 5,32	90.22.4	FERRO [du]	L	€ 5,32	20%	€ 1,06	6.110	
90.22.5	FERRO [S]	€ 2,56	90.22.5	FERRO [S]	L	€ 1,55	20%	€ 0,31	914.300	
90.23.1	FLUORO	€ 6,25	90.23.1	FLUORO	L	€ 6,25	20%	€ 1,25	1	
90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	€ 17,20	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	L	€ 9,09	20%	€ 1,82	14.699	
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	€ 17,20	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	L	€ 6,82	20%	€ 1,36	85.493	
90.23.4	FOSFATASI ACIDA	€ 2,56	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	L	€ 1,76	20%	€ 0,35	2.903	
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 2,56	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	L	€ 1,39	20%	€ 0,28	333.607	
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	€ 10,54	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	L	€ 10,54	20%	€ 2,11	1.867	
90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	€ 17,20	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	L	€ 11,31	20%	€ 2,26	45.986	
90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/du]	€ 2,78	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/du]	L	€ 1,60	20%	€ 0,32	18.538	
90.24.4	FOSFOESOSISOMERASI (PHI)	€ 1,08	90.24.4	FOSFOESOSISOMERASI (PHI)	L	€ 1,08	20%	€ 0,22	1	
90.24.5	FOSFORO	€ 2,78	90.24.5	FOSFORO	L	€ 0,98	20%	€ 0,20	126.397	
90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	€ 3,15	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	L	€ 3,15	20%	€ 0,63	30	
90.25.2	FRUTTOSIO [LS]	€ 4,13	90.25.2	FRUTTOSIO [LS]	L	€ 4,13	20%	€ 0,83		
90.25.3	GALATTOSIO (PROVA DA CARICO)	€ 6,92	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)	L	€ 6,92	20%	€ 1,38		
90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	€ 2,12	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	L	€ 2,12	20%	€ 0,42	7	
90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (GAMMA GT) [S/U]	€ 1,24	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	473.165	
90.26.1	GASTRINA [S]	€ 17,20	90.26.1	GASTRINA [S]	L	€ 11,62	20%	€ 2,32	958	
90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	€ 17,20	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	1.905	
90.26.3	GLUCAGONE [S]	€ 17,20	90.26.3	GLUCAGONE [S]	L	€ 8,31	20%	€ 1,66	1.859	
90.26.4	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 3 DETERMINAZIONI)	€ 2,43	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	L	€ 2,43	20%	€ 0,49	2.159	
90.26.5	GLUCOSIO (CURVA DA CARICO 6 DETERMINAZIONI)	€ 5,96	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	L	€ 4,75	20%	€ 0,95	4.181	
90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du/La]	€ 1,70	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/du/La]	L	€ 1,29	20%	€ 0,26	1.963.981	
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	€ 9,30	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	L	€ 9,30	20%	€ 1,86	7.209	
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (PROVA IMMUNOLOGICA DI GRAVIDANZA [U])	€ 3,66	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U])	L	€ 6,61	20%	€ 1,32	872	
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (SUBUNITA BETA FRAZIONE LIBERA) [S/U]	€ 17,20	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	L	€ 12,60	20%	€ 2,52	28.994	
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (SUBUNITA BETA, MOLECOLA INTERA)	€ 14,25	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	L	€ 14,25	20%	€ 2,85	20.990	
90.28.1	HB - EMOGLOBINA GLICATA	€ 10,59	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	L	€ 10,59	20%	€ 2,12	358.440	
90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	€ 16,04	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	L	€ 17,82	20%	€ 3,56	1.980	
90.28.3	IMIPRAMINA	€ 14,25	90.28.3	IMIPRAMINA	L	€ 14,25	20%	€ 2,85	6	
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	€ 9,30	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	L	€ 9,30	20%	€ 1,86	107.911	
90.28.5	INSULINA (CURVA DA CARICO O DOPO TEST FARMACOLOGICI, MAX. 5)	€ 27,52	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	L	€ 30,57	20%	€ 6,11	1.250	
90.29.1	INSULINA [S]	€ 17,20	90.29.1	INSULINA [S]	L	€ 9,61	20%	€ 1,92	17.637	
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	€ 2,56	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	159.245	
90.29.3	LATTE MULIEBRE	€ 3,98	90.29.3	LATTE MULIEBRE	L	€ 3,98	20%	€ 0,80		
90.29.4	LATTOSIO [U/LS]	€ 2,53	90.29.4	LATTOSIO [U/LS]	L	€ 2,53	20%	€ 0,51	7	
90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	€ 2,79	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	L	€ 2,79	20%	€ 0,56	34	
90.30.1	LEVODOPA	€ 7,33	90.30.1	LEVODOPA	L	€ 7,33	20%	€ 1,47	3	
90.30.2	LIPASI [S]	€ 3,20	90.30.2	LIPASI [S]	L	€ 3,20	20%	€ 0,64	21.041	

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)				Tariffario DM 22/07/1996						
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)	
90.30.3	LIPOPROTEINA (A)	€ 13,63	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	L	€ 13,63	20%	€ 2,73	978	
90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 3,98	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	L	€ 3,98	20%	€ 0,80	6	
90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	€ 1,03	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	L	€ 1,03	20%	€ 0,21		
90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (CROMATOGRAFIA)	€ 11,36	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	L	€ 11,36	20%	€ 2,27	2	
90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	€ 14,13	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	L	€ 17,66	20%	€ 3,53		
90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	€ 1,03	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	L	€ 1,03	20%	€ 0,21		
90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	€ 4,18	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	L	€ 4,18	20%	€ 0,84	1.421	
90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	€ 7,59	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	L	€ 7,59	20%	€ 1,52	550	
90.32.1	LIQUIDO SINOVALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 2,58	90.32.1	LIQUIDO SINOVALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	L	€ 2,58	20%	€ 0,52	7	
90.32.2	LITIO [P]	€ 4,13	90.32.2	LITIO [P]	L	€ 4,13	20%	€ 0,83	5.396	
90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	€ 17,20	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	L	€ 10,28	20%	€ 2,06	86.089	
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): DOSAGGI SERIATI DOPO GNRH O ALTRO STIMOLO (5)	€ 62,56	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)	L	€ 55,88	20%	€ 11,18	149	
90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/du/(Sg)Er]	€ 1,70	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/du/(Sg)Er]	L	€ 1,70	20%	€ 0,34	32.543	
90.33.1	MANGANESE [S]	€ 6,25	90.33.1	MANGANESE [S]	L	€ 6,25	20%	€ 1,25	1	
90.33.2	MEPROBAMATO	€ 7,33	90.33.2	MEPROBAMATO	L	€ 7,33	20%	€ 1,47		
90.33.3	MERCURIO	€ 9,09	90.33.3	MERCURIO	L	€ 9,09	20%	€ 1,82		
90.33.4	MICROALBUMINURIA	€ 4,65	90.33.4	MICROALBUMINURIA	L	€ 4,65	20%	€ 0,93	63.970	
90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	€ 7,59	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	L	€ 7,59	20%	€ 1,52	2.226	
90.34.1	NEOPTERINA	€ 10,90	90.34.1	NEOPTERINA	L	€ 10,90	20%	€ 2,18	24	
90.34.2	NICHEL	€ 10,12	90.34.2	NICHEL	L	€ 10,12	20%	€ 2,02		
90.34.3	NORTRIPTILINA	€ 5,42	90.34.3	NORTRIPTILINA	L	€ 5,42	20%	€ 1,08		
90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 6,92	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO	L	€ 6,92	20%	€ 1,38		
90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	€ 17,20	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	L	€ 11,00	20%	€ 2,20	657	
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	€ 17,20	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	L	€ 10,59	20%	€ 2,12	2.578	
90.35.2	ORMONI: DOSAGGI SERIATI DOPO STIMOLO (5)	€ 62,56	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	L	€ 33,05	20%	€ 6,61	277	
90.35.3	OSSALATI [U]	€ 8,93	90.35.3	OSSALATI [U]	L	€ 8,93	20%	€ 1,79	118	
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	€ 17,20	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	L	€ 25,41	20%	€ 5,08	6.460	
90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	€ 17,20	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	L	€ 21,02	20%	€ 4,20	41.935	
90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	€ 6,25	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	L	€ 6,25	20%	€ 1,25	27	
90.36.2	PH EMATICO	€ 7,44	90.36.2	pH EMATICO	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	4	
90.36.3	PIOMBO [S/U]	€ 20,25	90.36.3	PIOMBO [S/U]	L	€ 20,25	20%	€ 4,05	57	
90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	€ 7,85	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	L	€ 7,85	20%	€ 1,57	26	
90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	€ 6,25	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	L	€ 6,25	20%	€ 1,25		
90.37.1	PORFIRINE (RICERCA QUALITATIVA E QUANTITATIVA)	€ 13,32	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	L	€ 13,32	20%	€ 2,66	24	
90.37.2	PORFEBILINOGENO [U]	€ 5,94	90.37.2	PORFEBILINOGENO [U]	L	€ 5,94	20%	€ 1,19	1	
90.37.3	POST COITAL TEST	€ 2,79	90.37.3	POST COITAL TEST	L	€ 2,79	20%	€ 0,56	8	
90.37.4	POTASSIO [S/U/du/(Sg)Er]	€ 2,78	90.37.4	POTASSIO [S/U/du/(Sg)Er]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	691.590	
90.37.5	PRIMIDONE	€ 9,09	90.37.5	PRIMIDONE	L	€ 9,09	20%	€ 1,82	30	
90.38.1	PROGESTERONE [S]	€ 17,20	90.38.1	PROGESTERONE [S]	L	€ 12,45	20%	€ 2,49	63.515	
90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	€ 17,20	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	L	€ 9,66	20%	€ 1,93	105.720	
90.38.3	PROLATTINA (PRL): DOSAGGI SERIATI DOPO TRH (5)	€ 62,56	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5)	L	€ 28,15	20%	€ 5,63	92	
90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	€ 7,84	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	L	€ 4,65	20%	€ 0,93	1.139.907	
90.38.5	PROTEINE (S/U/du/La)	€ 1,88	90.38.5	PROTEINE [S/U/du/La]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	29.047	
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	€ 4,65	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	L	€ 4,65	20%	€ 0,93	1.885	
90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	€ 7,70	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	L	€ 7,70	20%	€ 1,54	6	
90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	€ 10,54	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	L	€ 10,54	20%	€ 2,11		
90.39.4	RAME [S/U]	€ 4,96	90.39.4	RAME [S/U]	L	€ 4,96	20%	€ 0,99	103	
90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	€ 19,06	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	L	€ 21,17	20%	€ 4,23	60	
90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE	€ 15,80	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE	L	€ 17,56	20%	€ 3,51	6	
90.40.2	RENINA [P]	€ 17,20	90.40.2	RENINA [P]	L	€ 25,82	20%	€ 5,16	5.828	
90.40.3	SELENIO	€ 6,92	90.40.3	SELENIO	L	€ 6,92	20%	€ 1,38		
90.40.4	SODIO [S/U/du/(Sg)Er]	€ 2,76	90.40.4	SODIO [S/U/du/(Sg)Er]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	664.611	
90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	€ 4,26	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	L	€ 4,65	20%	€ 0,93		
90.40.7	IGF-1-1 SOMATOMEDINA C (metodo chemiluminescenza) *	€ 20,40							8	
90.41.1	SUDORE (ESAME CON DETERMINAZIONE DI NA+ E K+)	€ 0,88	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)	L	€ 0,88	20%	€ 0,18	15	
90.41.2	TEOFILLINA	€ 17,20	90.41.2	TEOFILLINA	L	€ 11,00	20%	€ 2,20	108	
90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	€ 17,20	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	L	€ 12,14	20%	€ 2,43	38.257	
90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	€ 14,22	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	L	€ 15,80	20%	€ 3,16	9.824	
90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	€ 17,20	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	L	€ 15,65	20%	€ 3,13	134.850	
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	€ 17,20	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	L	€ 7,80	20%	€ 1,56	682.016	
90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): DOSAGGI SERIATI DOPO TRH (4)	€ 45,26	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)	L	€ 23,24	20%	€ 4,65	139	
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	€ 17,20	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	L	€ 9,09	20%	€ 1,82	647.022	
90.42.4	TRANSFERRINA (CAPACITÀ FERROLEGANTE)	€ 3,98	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleante)	L	€ 3,98	20%	€ 0,80	6.432	
90.42.5	TRANSFERRINA [S]	€ 5,16	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	L	€ 5,16	20%	€ 1,03	69.786	
90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO	€ 47,84	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO	L	€ 19,94	20%	€ 3,99	8.520	
90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 5,17	90.43.2	TRIGLICERIDI	L	€ 1,29	20%	€ 0,26	1.489.384	
90.43.3	TRIOTOTIRONINA LIBERA (FT3)	€ 17,20	90.43.3	TRIOTOTIRONINA LIBERA (FT3)	L	€ 9,14	20%	€ 1,83	641.441	
90.43.4	TRIPSINA [S/U]	€ 10,48	90.43.4	TRIPSINA [S/U]	L	€ 10,48	20%	€ 2,10	21	
90.43.5	URATO [S/U/du]	€ 1,70	90.43.5	URATO [S/U/du]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	726.018	
90.44.1	UREA [S/P/U/du]	€ 1,70	90.44.1	UREA [S/P/U/du]	L	€ 1,24	20%	€ 0,25	1.415.442	
90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	€ 3,87	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	L	€ 3,87	20%	€ 0,77	279	

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996						N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	
90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 1,14	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	L	€ 2,07	20%	€ 0,41	1.740.805
90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (ACETONE E GLUCOSIO QUANTITATIVO)	€ 0,47	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	L	€ 0,72	20%	€ 0,14	89
90.44.5	VITAMINA D	€ 16,27	90.44.5	VITAMINA D	L	€ 16,27	20%	€ 3,25	4.117
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 10,43	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	L	€ 10,43	20%	€ 2,09	45
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 10,43	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	L	€ 10,43	20%	€ 2,09	4
90.45.3	XILOSIO (TEST DI ASSORBIMENTO)	€ 5,94	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)	L	€ 5,94	20%	€ 1,19	24
90.45.4	ZINCO [S/U]	€ 6,25	90.45.4	ZINCO [S/U]	L	€ 6,25	20%	€ 1,25	343
90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	€ 8,52	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	L	€ 8,52	20%	€ 1,70	3
90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	€ 2,56	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	206
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	€ 8,78	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	L	€ 8,78	20%	€ 1,76	9
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	€ 4,65	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	L	€ 4,65	20%	€ 0,93	1.644
90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	€ 4,65	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	L	€ 4,65	20%	€ 0,93	
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 4,18	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	L	€ 4,18	20%	€ 0,84	12
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	€ 13,32	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	L	€ 13,32	20%	€ 2,66	9.632
90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	€ 11,41	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IGG, IGA, IGM)	€ 12,55	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	L	€ 12,55	20%	€ 2,51	9.368
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	€ 8,37	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	L	€ 8,37	20%	€ 1,67	857
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	€ 11,41	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	2.281
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 11,88	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	L	€ 11,88	20%	€ 2,38	7.436
90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (CARATTERIZZAZIONE DEL RANGE TERMICO)	€ 1,76	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	L	€ 1,76	20%	€ 0,35	
90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (CON MEZZO POTENZIANTE)	€ 8,37	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	L	€ 8,37	20%	€ 1,67	
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (TITOLAZIONE)	€ 17,01	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	L	€ 18,90	20%	€ 3,78	
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	€ 21,85	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	L	€ 24,27	20%	€ 4,85	
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS INDIRETTO]	€ 3,19	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	L	€ 9,30	20%	€ 1,86	27.774
90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	€ 11,41	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	3
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IGG, IGA)	€ 11,41	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	18.769
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (CROSS-MATCH, SINGOLO INDIVIDUO, URGENTE)	€ 32,26	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	L	€ 35,84	20%	€ 7,17	
90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (TITOLO PER SINGOLA SPECIFICITÀ)	€ 32,26	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)	L	€ 35,84	20%	€ 7,17	
90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (ALMENO 10 SOGGETTI, URGENTE)	€ 18,87	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)	L	€ 20,97	20%	€ 4,19	
90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (ALMENO 10 SOGGETTI)	€ 16,92	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)	L	€ 18,80	20%	€ 3,76	
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	€ 8,62	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	L	€ 8,62	20%	€ 1,72	162
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	€ 12,19	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	L	€ 12,19	20%	€ 2,44	146
90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	€ 37,70	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	L	€ 41,88	20%	€ 8,38	16
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	€ 11,41	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	
90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (ABTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (ABTPO)	€ 17,20	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	215.972
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 8,26	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	L	€ 8,26	20%	€ 1,65	1.645
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 9,45	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	L	€ 9,45	20%	€ 1,89	10.416
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 7,44	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	8.530
90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (CUORE)	€ 7,44	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	119
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 9,66	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	L	€ 9,66	20%	€ 1,93	29.786
90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	€ 14,51	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	L	€ 14,51	20%	€ 2,90	523
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	€ 7,44	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	5
90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	€ 38,53	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	L	€ 42,81	20%	€ 8,56	384
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	€ 70,57	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	L	€ 88,21	20%	€ 17,64	19
90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	€ 22,78	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	L	€ 25,31	20%	€ 5,06	119
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	€ 22,78	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	L	€ 25,31	20%	€ 5,06	13.383
90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	€ 8,62	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	L	€ 8,62	20%	€ 1,72	38
90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	€ 8,62	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	L	€ 8,62	20%	€ 1,72	36
90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	€ 7,44	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	L	€ 7,44	20%	€ 1,49	177
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (ABTG)	€ 17,20	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	L	€ 12,70	20%	€ 2,54	181.717
90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	€ 6,97	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	L	€ 6,97	20%	€ 1,39	1
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 17,20	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	L	€ 18,54	20%	€ 3,71	70.219
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	€ 17,20	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	L	€ 18,08	20%	€ 3,62	62.764
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 17,20	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	L	€ 16,42	20%	€ 3,28	69.598
90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	€ 17,20	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	L	€ 15,49	20%	€ 3,10	504
90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	€ 17,20	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	L	€ 15,49	20%	€ 3,10	17.905

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996				%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	bran ca	Tariffa	Sconto	unitario	2008 (stima)
90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	€ 16,59	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	L	€ 18,44	20%	€ 3,69	2.387
90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	€ 17,20	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	L	€ 12,09	20%	€ 2,42	4.418
90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	€ 17,20	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	L	€ 10,59	20%	€ 2,12	125.938
90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	€ 17,20	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	L	€ 18,44	20%	€ 3,69	51.374
90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	€ 17,20	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	L	€ 10,59	20%	€ 2,12	286.452
90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	€ 17,20	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	L	€ 22,05	20%	€ 4,41	430
90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	€ 15,39	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	L	€ 17,09	20%	€ 3,42	
90.57.3	ANTIGENI HLA (CIASCUNO)	€ 15,66	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	L	€ 17,40	20%	€ 3,48	104
90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	€ 37,93	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	L	€ 42,14	20%	€ 8,43	
90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	€ 2,79	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	L	€ 2,79	20%	€ 0,56	30.123
90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (TPA)	€ 16,59	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (IPA)	L	€ 18,44	20%	€ 3,69	40
90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [TEST DI COOMBS DIRETTO]	€ 3,19	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	L	€ 6,87	20%	€ 1,37	382
90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	€ 9,14	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	L	€ 9,14	20%	€ 1,83	
90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(SG)HB/(SG)ER]	€ 4,03	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]	L	€ 4,03	20%	€ 0,81	24
90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 21,99	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI	L	€ 24,43	20%	€ 4,89	
90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	€ 20,13	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	L	€ 22,36	20%	€ 4,47	
90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	€ 20,13	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	L	€ 22,36	20%	€ 4,47	
90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	€ 17,48	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	L	€ 19,42	20%	€ 3,88	
90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE	€ 75,11	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE	L	€ 93,89	20%	€ 18,78	
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 INIBITORE)	€ 6,20	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	702
90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (CIASCUNO)	€ 6,61	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	L	€ 6,61	20%	€ 1,32	37.481
90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	€ 289,22	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	L	€ 361,52	20%	€ 72,30	
90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	€ 2,43	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	L	€ 2,43	20%	€ 0,49	
90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	€ 29,61	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	L	€ 32,90	20%	€ 6,58	
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,76	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	L	€ 1,76	20%	€ 0,35	2.225
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	€ 11,67	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	L	€ 11,67	20%	€ 2,33	195
90.61.3	CYFRA 21-1	€ 19,06	90.61.3	CYFRA 21-1	L	€ 21,17	20%	€ 4,23	2.191
90.61.4	D-DIMERO (EIA)	€ 8,52	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	L	€ 8,52	20%	€ 1,70	3.759
90.61.5	D-DIMERO (TEST AL LATICE)	€ 7,13	90.61.5	D-DIMERO (Test al latice)	L	€ 7,13	20%	€ 1,43	1.632
90.62.1	EMAZIE (CONTEGGIO, EMOGLOBINA)	€ 0,85	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA	L	€ 0,98	20%	€ 0,20	3
90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	€ 4,89	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	L	€ 3,20	20%	€ 0,64	2.405.330
90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	€ 12,09	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	L	€ 12,09	20%	€ 2,42	
90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	€ 15,49	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	L	€ 15,49	20%	€ 3,10	1
90.62.5	EOSINOFILI (CONTEGGIO)[Alb]	€ 1,28	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	L	€ 2,48	20%	€ 0,50	135
90.63.1	EPARINA (MEDIANTE DOSAGGIO INIBITORE FATTORE X ATTIVATO)	€ 11,05	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	L	€ 11,05	20%	€ 2,21	9
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (PER CIASCUNO ANTIGENE)	€ 6,71	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	L	€ 6,71	20%	€ 1,34	
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO	€ 18,78	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO	L	€ 20,86	20%	€ 4,17	3
90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	€ 3,72	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	L	€ 3,72	20%	€ 0,74	141
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGIANDOLARE	€ 16,92	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGIANDOLARE	L	€ 18,80	20%	€ 3,76	
90.64.1	FATTORE VWF ANALISI MULTIMERICA	€ 21,57	90.64.1	FATTORE vwf ANALISI MULTIMERICA	L	€ 23,96	20%	€ 4,79	10
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 4,75	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	L	€ 4,75	20%	€ 0,95	106.650
90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (CIASCUNO)	€ 14,31	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)	L	€ 14,31	20%	€ 2,86	915
90.64.4	FENOTIPO RH	€ 10,59	90.64.4	FENOTIPO Rh	L	€ 10,59	20%	€ 2,12	
90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	€ 13,53	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	L	€ 13,53	20%	€ 2,71	292
90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	€ 2,56	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	L	€ 2,63	20%	€ 0,53	193.568
90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	€ 9,14	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	L	€ 9,14	20%	€ 1,83	1
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO E RH (D)	€ 5,17	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55	19.062
90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/RH II CONTROLLO	€ 5,16	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo	L	€ 5,16	20%	€ 1,03	223
90.66.1	HB - BIOSINTESI IN VITRO	€ 86,76	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	L	€ 108,46	20%	€ 21,69	
90.66.2	HB - EMOGLOBINA [SG/LA]	€ 0,85	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	L	€ 1,76	20%	€ 0,35	114
90.66.3	HB - EMOGLOBINA A2	€ 9,61	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2	L	€ 9,61	20%	€ 1,92	10.012
90.66.4	HB - EMOGLOBINA FETALE (DOSAGGIO)	€ 3,98	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	L	€ 3,98	20%	€ 0,80	889
90.66.5	HB - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ECC.)	€ 14,36	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	L	€ 14,36	20%	€ 2,87	22.894
90.67.1	HB - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	€ 13,89	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	L	€ 13,89	20%	€ 2,78	
90.67.2	HB - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (CROMATOGRAFIA)	€ 12,86	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	L	€ 12,86	20%	€ 2,57	
90.67.3	HB - TEST DI STABILITA' [(SG)ER]	€ 1,76	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]	L	€ 1,76	20%	€ 0,35	
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO	€ 69,54	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO	L	€ 86,92	20%	€ 17,38	
90.67.5	IGA SECRETORIE [SA/ALB]	€ 7,33	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	L	€ 7,33	20%	€ 1,47	25
90.68.1	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	€ 14,46	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	L	€ 101,69	20%	€ 1,70	140.341
90.68.2	IGE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	€ 12,03	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	L	€ 12,03	20%	€ 2,41	158
90.68.3	IGE TOTALI	€ 17,20	90.68.3	IGE TOTALI	L	€ 11,10	20%	€ 2,22	35.179
90.68.4	IGG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (CIASCUNA)	€ 15,49	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	L	€ 15,49	20%	€ 3,10	288

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
90.68.5	IGG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	€ 17,20	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	L	€ 16,37	20%	51.995
90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	€ 7,85	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	L	€ 7,85	20%	31
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 26,73	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	L	€ 29,70	20%	2.092
90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	€ 14,72	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	L	€ 16,37	20%	
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IGA, IGG O IGM (CIASCUNA)	€ 5,84	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	L	€ 5,84	20%	84.473
90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	€ 9,61	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	L	€ 9,61	20%	100
90.70.1	INTERFERONE	€ 20,59	90.70.1	INTERFERONE	L	€ 22,88	20%	4.58
90.70.2	INTERLEUCHINA 2	€ 17,66	90.70.2	INTERLEUCHINA 2	L	€ 19,63	20%	1
90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (PER TEST)	€ 5,53	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	L	€ 5,53	20%	182
90.70.4	LEUCOCITI (CONTEGGIO E FORMULA LEUCOCITARIA MICROSCOPICA) [(Sg)]	€ 1,95	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]	L	€ 4,34	20%	46
90.70.5	LEUCOCITI (CONTEGGIO) [(Sg)]	€ 0,67	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]	L	€ 0,98	20%	83
90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	€ 2,79	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	L	€ 2,79	20%	0.56
90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS TEST)	€ 7,08	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)	L	€ 7,08	20%	1.42
90.71.3	PIASTRINE (CONTEGGIO) [(Sg)]	€ 1,58	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	L	€ 1,24	20%	11.008
90.71.4	PINK TEST	€ 2,79	90.71.4	PINK TEST	L	€ 2,79	20%	0.56
90.71.5	PLASMINOGENO	€ 11,67	90.71.5	PLASMINOGENO	L	€ 11,67	20%	22
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 9,09	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	L	€ 9,09	20%	1.733
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 9,09	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	L	€ 9,09	20%	4.009
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (QUANTITATIVA)	€ 4,75	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	L	€ 4,75	20%	330.601
90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	€ 9,81	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	L	€ 9,81	20%	1.824
90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	€ 9,81	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	L	€ 9,81	20%	1.789
90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	€ 4,65	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	L	€ 4,65	20%	15
90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	€ 8,47	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	L	€ 8,47	20%	1.69
90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	€ 6,04	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	L	€ 6,04	20%	1.21
90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (REAZIONE POLIMERASICA A CATENA- FINGERPRINT)	€ 94,33	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)	L	€ 117,91	20%	23.58
90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	€ 42,89	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	L	€ 53,61	20%	10.72
90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (CON 3 SIERI RICEVENTE)	€ 46,06	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	L	€ 51,18	20%	10.24
90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	€ 2,14	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	L	€ 3,05	20%	24.465
90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (TEST DI SIMMEL)	€ 4,18	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	L	€ 4,18	20%	367
90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (CURVA)	€ 1,14	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)	L	€ 8,52	20%	231
90.74.5	RETICULOCITI (CONTEGGIO) [(Sg)]	€ 1,28	90.74.5	RETICULOCITI (Conteggio) [(Sg)]	L	€ 5,47	20%	12.774
90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	€ 3,41	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	L	€ 3,41	20%	0.68
90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	€ 1,60	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	L	€ 1,60	20%	118
90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	€ 1,76	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	L	€ 1,76	20%	0.35
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 2,87	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	L	€ 2,58	20%	866.136
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 2,79	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	L	€ 2,79	20%	897
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	€ 2,53	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	L	€ 2,53	20%	343.205
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA SECONDO BORN CADAUNA	€ 3,98	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	L	€ 3,98	20%	83
90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	€ 2,79	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	L	€ 2,79	20%	0.56
90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	€ 2,79	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	L	€ 2,79	20%	0.56
90.76.5	TEST DI HAM	€ 4,80	90.76.5	TEST DI HAM	L	€ 4,80	20%	0.96
90.77.1	TEST DI KLEIHauer (RICERCA EMASIE FETALI)	€ 2,69	90.77.1	TEST DI KLEIHauer (Ricerca emazie fetali)	L	€ 2,69	20%	0.54
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 9,04	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	L	€ 9,04	20%	873
90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (PER MITOGENO)	€ 32,77	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	L	€ 36,41	20%	2
90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	€ 32,77	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	L	€ 36,41	20%	7.28
90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLP, CTLP)	€ 381,76	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLP, CTLP)	L	€ 477,21	20%	95.44
90.78.1	TINE TEST (REAZIONE CUTANEA ALLA TURBECOLINA)	€ 1,75	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)	L	€ 3,46	20%	1.158
90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	€ 81,19	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	L	€ 101,48	20%	1
90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 43,30	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	L	€ 54,12	20%	10.82
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	€ 81,19	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	L	€ 101,48	20%	20.30
90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 43,30	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	L	€ 54,12	20%	10.82
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	€ 81,19	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	L	€ 101,48	20%	20.30
90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 43,30	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	L	€ 54,12	20%	10.82
90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 43,30	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	L	€ 54,12	20%	10.82
90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 124,24	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	L	€ 155,30	20%	31.06
90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 150,97	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	L	€ 188,71	20%	37.74

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 43,30	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	L	€ 54,12	20%	€ 10,82
90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 142,71	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	L	€ 178,38	20%	€ 35,68
90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	€ 87,30	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	L	€ 109,13	20%	€ 21,83
90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	€ 142,71	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	L	€ 178,38	20%	€ 35,68
90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	€ 43,30	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	L	€ 54,12	20%	€ 10,82
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 E DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	€ 170,68	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	L	€ 213,35	20%	€ 42,67
90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 E DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	€ 249,26	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	L	€ 311,58	20%	€ 62,32
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (FENOT. COMPL. LOCI A, B, C, O LOCI A, B)	€ 119,40	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	L	€ 149,26	20%	€ 29,85
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (FENOT. COMPL. LOCI DR, DQ O LOCUS DP)	€ 126,92	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)	L	€ 158,66	20%	€ 31,73
90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (PER CIASCUN ANTICORPO)	€ 15,39	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	L	€ 17,09	20%	€ 3,42
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	€ 2,79	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	L	€ 2,79	20%	€ 0,56
90.82.2	TROMBOSSANO B2	€ 5,63	90.82.2	TROMBOSSANO B2	L	€ 5,63	20%	€ 1,13
90.82.3	TROPONINA I	€ 14,73	90.82.3	TROPONINA I	L	€ 16,37	20%	€ 3,27
90.82.4	VALORE EMATOCRITO	€ 0,85	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	L	€ 0,77	20%	€ 0,15
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,28	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	L	€ 1,81	20%	€ 0,36
90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	€ 23,71	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	L	€ 26,34	20%	€ 5,27
90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	€ 6,20	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	L	€ 6,20	20%	€ 1,24
90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	€ 8,57	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	L	€ 8,57	20%	€ 1,71
90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS	€ 47,93	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS	L	€ 59,91	20%	€ 11,98
90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 30,68	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	L	€ 34,09	20%	€ 6,82
90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.ALMENTO 10 ANTIBIOTICI)	€ 12,19	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)	L	€ 12,19	20%	€ 2,44
90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 8,16	20%	€ 1,63
90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	€ 11,41	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	L	€ 11,41	20%	€ 2,28
90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (ATTIVITÀ ASSOCIAZIONI ANTIBIOTICHE)	€ 6,35	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)	L	€ 6,35	20%	€ 1,27
90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (ATTIVITÀ BATTERICIDA C.M.B.)	€ 6,35	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	L	€ 6,35	20%	€ 1,27
90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (KIRBY BAUER, ALMENO 10 ANTIBIOTICI)	€ 8,41	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)	L	€ 6,35	20%	€ 1,27
90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., ALMENO 10 ANTIBIOTICI)	€ 12,19	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)	L	€ 12,19	20%	€ 2,44
90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI (E.I.A.)	€ 5,84	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA	L	€ 5,84	20%	€ 1,17
90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI (AGGLUTINAZIONE)	€ 1,29	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA	L	€ 1,29	20%	€ 0,26
90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI (ELETTROSINERESI)	€ 2,27	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA	L	€ 2,27	20%	€ 0,45
90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA NAS	€ 12,19	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas	L	€ 12,19	20%	€ 2,44
90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA NAS	€ 6,82	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas	L	€ 6,82	20%	€ 1,36
90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI	€ 3,82	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI	L	€ 3,82	20%	€ 0,76
90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA.COLORAZIONI DI ROUTINE (GRAM, BLU DI METILENE)	€ 1,86	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	L	€ 1,86	20%	€ 0,37
90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA.COLORAZIONI SPECIALI	€ 2,43	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	L	€ 2,43	20%	€ 0,49
90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	€ 4,65	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	L	€ 4,65	20%	€ 0,93
90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO	€ 6,35	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO	L	€ 6,35	20%	€ 1,27
90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE	€ 2,27	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE	L	€ 2,27	20%	€ 0,45
90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,09	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 9,09	20%	€ 1,82
90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,49	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,49	20%	€ 1,50
90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)	€ 12,60	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)	L	€ 12,60	20%	€ 2,52

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996						
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE) [WRIGHT]	€ 1,47	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	L	€ 3,31	20%	€ 0,66	322
90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA	€ 7,64	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA	L	€ 7,64	20%	€ 1,53	1
90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 6,20	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	4
90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	€ 4,85	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	L	€ 4,85	20%	€ 0,97	24
90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,57	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 11,57	20%	€ 2,31	2.149
90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,22	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 5,22	20%	€ 1,04	19
90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (COL. IODIO, GIEMSA)	€ 3,41	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	L	€ 3,41	20%	€ 0,68	19
90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)	€ 3,62	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)	L	€ 3,62	20%	€ 0,72	16
90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	€ 22,68	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	L	€ 25,20	20%	€ 5,04	766
90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 7,75	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55	861
90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 14,00	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)	L	€ 14,00	20%	€ 2,80	2.850
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (MEDIANTE IBRIDAZIONE)	€ 24,03	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	L	€ 26,70	20%	€ 5,34	177
90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 11,36	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 11,36	20%	€ 2,27	
90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	€ 11,41	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	L	€ 11,41	20%	€ 2,28	2
90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 5,84	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	L	€ 5,84	20%	€ 1,17	14
90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 3,41	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	L	€ 3,41	20%	€ 0,68	
90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 5,16	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)	L	€ 5,16	20%	€ 1,03	2
90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	€ 2,07	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	L	€ 2,07	20%	€ 0,41	4
90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 8,16	20%	€ 1,63	29
90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	
90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55	80
90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.H.A.)	€ 8,06	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	L	€ 8,06	20%	€ 1,61	56
90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 14,36	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 15,96	20%	€ 3,19	
90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE EMOAGGLUTINAZIONE PASSIVA)	€ 6,20	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	
90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (COLTURA XENICA)	€ 7,64	90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Cultura xenica)	L	€ 7,64	20%	€ 1,53	1
90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSURI] RICERCA MICROSCOPICA	€ 3,05	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSURI] RICERCA MICROSCOPICA	L	€ 3,05	20%	€ 0,61	781
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	€ 6,66	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	L	€ 6,66	20%	€ 1,33	13.365
90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	€ 6,20	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	26.398
90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	€ 6,20	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	36.222
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]	€ 6,47	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]	L	€ 26,44	20%	€ 5,29	188
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	€ 8,31	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	L	€ 8,31	20%	€ 1,66	386.027
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	€ 9,40	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	L	€ 9,40	20%	€ 1,88	18.420
90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)	€ 8,16	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 8,16	20%	€ 1,63	7.798
90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	€ 4,44	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	L	€ 4,44	20%	€ 0,89	536
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (SAGGIO MEDIANTE PROVA BIOCHIMICA)	€ 6,20	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	L	€ 6,20	20%	€ 1,24	264
90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 6,51	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 6,51	20%	€ 1,30	33
90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 16,59	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 18,44	20%	€ 3,69	6
90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	€ 7,64	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	L	€ 7,64	20%	€ 1,53	
90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 13,94	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	L	€ 13,94	20%	€ 2,79	
90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 10,59	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 10,59	20%	€ 2,12	56
90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (GIEMSA)	€ 3,98	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)	L	€ 3,98	20%	€ 0,80	
90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 13,94	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 13,94	20%	€ 2,79	25
90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,85	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 7,85	20%	€ 1,57	1
90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE MICROAGGLUTINAZIONE E LISI)	€ 9,55	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	L	€ 9,55	20%	€ 1,91	1
90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE)	€ 3,72	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	L	€ 3,72	20%	€ 0,74	671
90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	€ 11,31	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	L	€ 11,31	20%	€ 2,26	27

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca			
90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C., FINO A 5 ANTIMICOTICI)	€ 10,54	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	L	€ 10,54	20%	€ 2,11
90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 11,36	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 11,36	20%	€ 2,27
90.97.5	MICETI ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE)	€ 5,94	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	L	€ 5,94	20%	€ 1,19
90.98.1	MICETI ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,32	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 5,32	20%	€ 1,06
90.98.2	MICETI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (OSSERVAZIONE MORFOLOGICA)	€ 2,74	90.98.2	MICETI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)	L	€ 2,74	20%	€ 0,55
90.98.3	MICETI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	90.98.3	MICETI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	L	€ 6,20	20%	€ 1,24
90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	€ 3,31	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	L	€ 3,31	20%	€ 0,66
90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	€ 2,74	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	L	€ 2,74	20%	€ 0,55
91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA (MET. RADIOMETRICO, ALMENO 3 ANTIBIOTICI)	€ 45,45	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	L	€ 56,81	20%	€ 11,36
91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA (MET. TRADIZIONALE, ALMENO 3 ANTIBIOTICI)	€ 10,79	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	L	€ 10,79	20%	€ 2,16
91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)	€ 10,79	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 10,79	20%	€ 2,16
91.01.4	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (SAGGIO INIBIZIONE NAP MET. RADIOMETRICO)	€ 15,49	91.01.4	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico)	L	€ 15,49	20%	€ 3,10
91.01.5	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	91.01.5	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 8,16	20%	€ 1,63
91.02.1	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 33,75	91.02.1	MICOBATTERI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	L	€ 37,49	20%	€ 7,50
91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE (MET. RADIOMETRICO)	€ 14,41	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE (Met. radiometrico)	L	€ 16,01	20%	€ 3,20
91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (MET. TRADIZIONALE)	€ 8,62	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Met. tradizionale)	L	€ 8,62	20%	€ 1,72
91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (ZIEHL-NEELSEN, KINYUN)	€ 3,56	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	L	€ 3,56	20%	€ 0,71
91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 11,21	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 11,21	20%	€ 2,24
91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 7,08	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 7,08	20%	€ 1,42
91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 8,16	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 8,16	20%	€ 1,63
91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	L	€ 6,20	20%	€ 1,24
91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	€ 7,75	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA ESAME CULTURALE	€ 3,15	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA ESAME CULTURALE	L	€ 3,15	20%	€ 0,63
91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME CULTURALE	€ 3,15	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME CULTURALE	L	€ 3,15	20%	€ 0,63
91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 11,36	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 11,36	20%	€ 2,27
91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 6,20	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	L	€ 6,20	20%	€ 1,24
91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (GIEMSA)	€ 3,56	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)	L	€ 3,56	20%	€ 0,71
91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	€ 1,70	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	L	€ 3,56	20%	€ 0,71
91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	€ 2,74	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	L	€ 2,74	20%	€ 0,55
91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (COL. TRICROMICA)	€ 4,70	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)	L	€ 4,70	20%	€ 0,94
91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME CULTURALE (CULTURA XENICA)	€ 7,64	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME CULTURALE (Cultura xenica)	L	€ 7,64	20%	€ 1,53
91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (PREVIA CONCENTRAZ. O ARRICCHIM.)	€ 1,53	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)	L	€ 4,70	20%	€ 0,94
91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (GIEMSA)	€ 1,70	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)	L	€ 3,56	20%	€ 0,71
91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 7,85	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 7,85	20%	€ 1,57
91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO	€ 3,98	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO	L	€ 3,98	20%	€ 0,80
91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 7,23	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)	L	€ 7,23	20%	€ 1,45
91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	€ 7,64	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	L	€ 7,64	20%	€ 1,53
91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 4,96	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 4,96	20%	€ 0,99

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTIN.) [WEIL-FELIX]	€ 8,21	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]	L	€ 8,21	20%	60
91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 6,61	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 6,61	20%	6
91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE) [WIDAL]	€ 1,95	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]	L	€ 3,31	20%	375
91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO	€ 7,33	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO	L	€ 7,33	20%	193
91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	€ 9,09	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	L	€ 9,09	20%	13
91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTIN.) [WIDAL-WRIGHT]	€ 2,56	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	L	€ 6,61	20%	6.496
91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE EMOAGGLUTINAZIONE PASSIVA)	€ 6,20	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoaagglutinazione passiva)	L	€ 6,20	20%	
91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	€ 8,16	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	L	€ 8,16	20%	86
91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	€ 3,72	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	L	€ 3,72	20%	1.285
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 3,18	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	L	€ 4,85	20%	178.814
91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNASI B	€ 5,89	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	L	€ 5,89	20%	453
91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	€ 5,78	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	L	€ 5,78	20%	1.271
91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 14,36	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 15,96	20%	5
91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,29	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	158.859
91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE) [TEST DI FULTON]	€ 3,36	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]	L	€ 3,36	20%	136
91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.) IGM	€ 9,29	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 11,78	20%	109.423
91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	€ 6,61	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 6,61	20%	526
91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	€ 8,16	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	L	€ 8,16	20%	399
91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RICERCA QUALITAT. MEDIANTE EMOAGGLUTIN. PASSIVA) [TPHA]	€ 3,46	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoaagglutin. passiva) [TPHA]	L	€ 3,46	20%	9.826
91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RICERCA QUANTIT. MEDIANTE EMOAGGLUTIN. PASSIVA) [TPHA]	€ 5,78	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoaagglutin. passiva) [TPHA]	L	€ 5,78	20%	16.848
91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (FLOCCULAZIONE) [VDRL] [RPR]	€ 3,36	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	L	€ 3,36	20%	43.752
91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	€ 4,13	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	L	€ 4,13	20%	2.828
91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE	€ 2,07	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE	L	€ 2,07	20%	2
91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	€ 8,16	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	L	€ 8,16	20%	2
91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 50,82	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Prevvia reazione polimerasica a catena)	L	€ 63,52	20%	262
91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RETROTRASCRIZIONE-REAZIONE POLIMER	€ 55,90	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Prevvia Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	L	€ 69,88	20%	
91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 30,68	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	L	€ 34,09	20%	2
91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 12,65	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 12,65	20%	90
91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 6,51	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 6,51	20%	6
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (METODO RAPIDO)	€ 25,19	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	L	€ 27,99	20%	27
91.13.1	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,22	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 5,22	20%	16
91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 32,58	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	L	€ 36,20	20%	2
91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (AGGLUTINAZIONE PASSIVA)	€ 6,30	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva)	L	€ 6,30	20%	1.907
91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	€ 6,30	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	L	€ 6,30	20%	465
91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	€ 10,02	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	L	€ 10,02	20%	3
91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,29	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	55.810
91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 5,32	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 5,32	20%	54
91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IGM (E.I.A.)	€ 9,29	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	L	€ 8,78	20%	53.956
91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	€ 32,54	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	L	€ 36,15	20%	1

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME CULTURALE (METODO RAPIDO)	€ 25,19	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME CULTURALE (Metodo rapido)	L	€ 27,99	20%	€ 5,60
91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME CULTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 45,37	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME CULTURALE (Metodo tradizionale)	L	€ 50,41	20%	€ 10,08
91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	€ 32,54	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	L	€ 36,15	20%	€ 7,23
91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME CULTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 45,37	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME CULTURALE (Metodo tradizionale)	L	€ 50,41	20%	€ 10,08
91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME CULTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 45,37	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME CULTURALE (Metodo tradizionale)	L	€ 50,41	20%	€ 10,08
91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	€ 32,54	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	L	€ 36,15	20%	€ 7,23
91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 6,51	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 6,51	20%	€ 1,30
91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 12,39	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 12,39	20%	€ 2,48
91.16.3	VIRUS DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE I.F.)	€ 5,16	91.16.3	VIRUS DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.)	L	€ 5,16	20%	€ 1,03
91.16.4	VIRUS DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE M. E.)	€ 25,19	91.16.4	VIRUS DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.)	L	€ 27,99	20%	€ 5,60
91.16.5	VIRUS DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (MEDIANTE NEUTRALIZZAZIONE)	€ 7,59	91.16.5	VIRUS DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione)	L	€ 7,59	20%	€ 1,52
91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	€ 17,20	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	L	€ 9,35	20%	€ 1,87
91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IGM	€ 17,20	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	L	€ 11,00	20%	€ 2,20
91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 50,74	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previo reazione polimerasica a catena)	L	€ 63,42	20%	€ 12,68
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 32,54	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	L	€ 36,15	20%	€ 7,23
91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG	€ 17,20	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAg	L	€ 8,83	20%	€ 1,77
91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAG IGM	€ 17,20	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBCAg IgM	L	€ 9,45	20%	€ 1,89
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBEAG	€ 17,20	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	L	€ 9,35	20%	€ 1,87
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBSAG	€ 17,20	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	L	€ 8,99	20%	€ 1,80
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBEAG	€ 17,20	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	L	€ 9,04	20%	€ 1,81
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG	€ 17,20	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	L	€ 5,53	20%	€ 1,11
91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBSAG (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 13,84	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)	L	€ 13,84	20%	€ 2,77
91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	€ 21,01	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	L	€ 23,34	20%	€ 4,67
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	€ 50,41	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	L	€ 63,01	20%	€ 12,60
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	€ 61,97	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	L	€ 77,47	20%	€ 15,49
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	€ 17,20	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	L	€ 8,78	20%	€ 1,76
91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 55,82	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	L	€ 69,77	20%	€ 13,95
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	€ 61,97	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	L	€ 77,47	20%	€ 15,49
91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	€ 12,03	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	L	€ 12,03	20%	€ 2,41
91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IGM	€ 17,20	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	L	€ 21,74	20%	€ 4,35
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAG	€ 16,18	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	L	€ 17,97	20%	€ 3,59
91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA O EBNA O VCA) (E.I.A.)	€ 13,48	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	L	€ 13,48	20%	€ 2,70
91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA O EBNA O VCA) (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)	€ 12,45	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)	L	€ 12,45	20%	€ 2,49
91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (TEST RAPIDO)	€ 7,64	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	L	€ 7,64	20%	€ 1,53
91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	€ 2,56	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	L	€ 8,68	20%	€ 1,74
91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) IGG	€ 9,29	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 6,51	20%	€ 1,30
91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 O 2) ANTICORPI IGM	€ 9,29	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 50,41	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previo reazione polimerasica a catena)	L	€ 63,01	20%	€ 12,60
91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	€ 61,97	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previo reazione polimerasica a catena)	L	€ 77,47	20%	€ 15,49

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	€ 15,11	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	L	€ 8,78	20%	€ 1,76
91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 55,82	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	L	€ 69,77	20%	€ 13,95
91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 68,50	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	L	€ 85,63	20%	€ 17,13
91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	€ 19,57	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	L	€ 21,74	20%	€ 4,35
91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	€ 23,15	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	L	€ 25,72	20%	€ 5,14
91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	€ 55,98	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	L	€ 69,98	20%	€ 14,00
91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)	€ 50,74	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	L	€ 63,42	20%	€ 12,68
91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (METODO RAPIDO)	€ 25,19	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo rapido)	L	€ 27,99	20%	€ 5,60
91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (METODO TRADIZIONALE)	€ 45,37	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo tradizionale)	L	€ 50,41	20%	€ 10,08
91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)	€ 7,75	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 6,51	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 6,51	20%	€ 1,30
91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,14	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 9,14	20%	€ 1,83
91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)	€ 5,89	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)	L	€ 5,89	20%	€ 1,18
91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,49	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 7,49	20%	€ 1,50
91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)	€ 9,14	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 9,14	20%	€ 1,83
91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (I.F.)	€ 7,23	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (I.F.)	L	€ 7,23	20%	€ 1,45
91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 4,75	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 4,75	20%	€ 0,95
91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	€ 50,41	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	L	€ 63,01	20%	€ 12,60
91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	€ 9,29	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (IGM)	€ 9,29	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	L	€ 3,98	20%	€ 0,80
91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	€ 7,75	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	L	€ 7,75	20%	€ 1,55
91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)	€ 7,23	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)	L	€ 7,23	20%	€ 1,45
91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)	€ 7,23	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	L	€ 7,23	20%	€ 1,45
91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	€ 6,51	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	L	€ 6,51	20%	€ 1,30
91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME CULTURALE	€ 2,07	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME CULTURALE	L	€ 2,07	20%	€ 0,41
91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	€ 104,08	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	L	€ 130,10	20%	€ 26,02
91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	€ 99,16	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	L	€ 123,95	20%	€ 24,79
91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	€ 96,27	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	L	€ 120,33	20%	€ 24,07
91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	€ 90,07	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	L	€ 112,59	20%	€ 22,52
91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	€ 99,16	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	L	€ 123,95	20%	€ 24,79
91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (SOUTHERN BLOT)	€ 101,23	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	L	€ 126,53	20%	€ 25,31
91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO	€ 51,65	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO	L	€ 64,56	20%	€ 12,91
91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E ELETTROFORESI	€ 45,45	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	L	€ 56,81	20%	€ 11,36
91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE NON RADIOMARCAE	€ 96,06	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	L	€ 120,08	20%	€ 24,02
91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA.CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE RADIOMARCAE	€ 96,06	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	L	€ 120,08	20%	€ 24,02
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	€ 126,84	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	L	€ 158,55	20%	€ 31,71
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR)	€ 102,05	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR)	L	€ 127,56	20%	€ 25,51
91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	€ 124,78	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	L	€ 155,97	20%	€ 31,19
91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE	€ 92,14	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE	L	€ 115,17	20%	€ 23,03
91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (MAT. ABORTIVO, ECC.)	€ 74,37	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.)	L	€ 92,96	20%	€ 18,59
91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO	€ 89,66	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO	L	€ 112,07	20%	€ 22,41
91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	€ 74,37	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	L	€ 92,96	20%	€ 18,59
91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO	€ 88,42	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO	L	€ 110,52	20%	€ 22,10
91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI	€ 89,66	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI	L	€ 112,07	20%	€ 22,41

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: ACTINOMICINA D	€ 25,56	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	L	€ 28,41	20%	€ 5,68 1
91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO C	€ 25,56	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	L	€ 28,41	20%	€ 5,68 7
91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO G	€ 22,31	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	L	€ 24,79	20%	€ 4,96 313
91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO G AD ALTA RISOLUZIONE	€ 25,10	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	L	€ 27,89	20%	€ 5,58 4.263
91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO NOR	€ 25,56	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	L	€ 28,41	20%	€ 5,68 9
91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO Q	€ 23,47	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	L	€ 26,08	20%	€ 5,22 24
91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO R	€ 22,31	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	L	€ 24,79	20%	€ 4,96 112
91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO T	€ 23,01	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	L	€ 25,56	20%	€ 5,11
91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: DISTAMICINA A	€ 25,56	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	L	€ 28,41	20%	€ 5,68
91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	€ 71,27	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	L	€ 89,09	20%	€ 17,82 8.865
91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	€ 70,24	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	L	€ 87,80	20%	€ 17,56
91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	€ 95,03	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	L	€ 118,79	20%	€ 23,76 12
91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	€ 114,86	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	L	€ 143,58	20%	€ 28,72
91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	€ 98,33	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	L	€ 122,92	20%	€ 24,58
91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	€ 76,44	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	L	€ 95,54	20%	€ 19,11
91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	€ 64,04	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	L	€ 80,05	20%	€ 16,01 4.141
91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	€ 95,03	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	L	€ 118,79	20%	€ 23,76 128
91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE, BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (CIASCUNA)	€ 74,37	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE	L	€ 92,96	20%	€ 18,59
91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A BREVE TERMINE)	€ 66,11	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	L	€ 82,63	20%	€ 16,53
91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	€ 95,85	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	L	€ 119,82	20%	€ 23,96
91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA	€ 46,89	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA	L	€ 58,62	20%	€ 11,72
91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	€ 36,49	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	L	€ 40,54	20%	€ 8,11 1.239
91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	€ 29,61	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	L	€ 32,90	20%	€ 6,58
91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	€ 29,61	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	L	€ 32,90	20%	€ 6,58
91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	€ 38,11	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	L	€ 42,35	20%	€ 8,47 385
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (NUCLEARE O MITOCONDRIALE)	€ 40,90	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)	L	€ 45,45	20%	€ 9,09 4.808
91.37.1	IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE	€ 65,28	91.37.1	IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE	L	€ 81,60	20%	€ 16,32 679
91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SEQUENZE GENOMICHE IN YAC	€ 226,00	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	L	€ 282,50	20%	€ 56,50 11.746
91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI A SINGOLA COPIA IN COSMIDE	€ 149,15	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	L	€ 186,44	20%	€ 37,29 649
91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI ALFOIDI ED ALTRE SEQUENZE RIPETUTE	€ 120,23	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	L	€ 150,29	20%	€ 30,06 1.013
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI MEDIANTE SONDE MOLECOLARI PAINTING	€ 149,15	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	L	€ 186,44	20%	€ 37,29 7.090
91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE)	€ 96,47	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE)	L	€ 120,59	20%	€ 24,12
91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	€ 96,47	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	L	€ 120,59	20%	€ 24,12
91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (CIASCUNO)	€ 96,47	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	L	€ 120,59	20%	€ 24,12
91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	€ 42,30	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	L	€ 47,00	20%	€ 9,40
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP TEST]	€ 5,17	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	L	€ 11,16	20%	€ 2,23 2.930
91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS	€ 30,40	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	L	€ 33,78	20%	€ 6,76 1.791
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 24,45	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	L	€ 27,17	20%	€ 5,43 87
91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (FINO A 5 VETRINI E/O COLORAZIONI)	€ 24,45	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	L	€ 27,17	20%	€ 5,43 66
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	€ 5,17	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	L	€ 14,10	20%	€ 2,82 2.308
91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: TESSUTO FIBROTENDINEO	€ 24,45	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo	L	€ 27,17	20%	€ 5,43
91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: BIOPSIA SINOVIALE, BIOPSIA TENDINEA	€ 24,45	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea	L	€ 27,17	20%	€ 5,43
91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: BIOPSIA SEMPLICE	€ 14,10	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice	L	€ 14,10	20%	€ 2,82 3
91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: BIOPSIA SEMPLICE	€ 14,10	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice	L	€ 14,10	20%	€ 2,82
91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (SHAVE O PUNCH)	€ 14,10	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82 270
91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA ESCISSORIALE	€ 21,73	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale	L	€ 27,17	20%	€ 5,43 34

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996				%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	bran ca	Tariffa	Sconto	unitario	2008 (stima)
91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA INCISIONALE	€ 14,10	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	1
91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: AGOBIOPSIA EPATICA	€ 31,52	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica	L	€ 39,41	20%	€ 7,88	
91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDE UNICA)	€ 14,10	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	813
91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	338
91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: BIOPSIA GHIANDOLA SALIVARE	€ 14,10	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	678
91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA (SINGOLA)	€ 14,10	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	135
91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH	€ 39,28	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	L	€ 43,64	20%	€ 8,73	
91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: AGOBIOPSIA PLEURICA	€ 39,28	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica	L	€ 43,64	20%	€ 8,73	1
91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA CAVITÀ NASALI	€ 14,10	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDOBRONCHIALE (SEDE UNICA)	€ 14,10	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA ENDOBRONCHIALE (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	
91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA LARINGEA	€ 14,10	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: BIOPSIA VIE AEREE (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	
91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: AGOBIOPSIA OVARICA	€ 41,83	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	1
91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: AGOBIOPSIA PROSTATICA	€ 41,83	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	
91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ANNESSI TESTICOLARI	€ 14,10	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICALE E ENDOMETRIALE	€ 41,83	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	13
91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICE UTERINA	€ 14,10	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	49
91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOMETRIALE (VABRA)	€ 14,10	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	51
91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOSCOPICA VESCICALE (SEDE UNICA)	€ 14,10	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	1
91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ENDOSCOPICA VESCICALE (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	94
91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA PENE	€ 14,10	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA TESTICOLARE	€ 14,10	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	
91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VAGINALE	€ 14,10	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	2
91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VULVARE (SEDE UNICA)	€ 14,10	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	4
91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA VULVARE (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	
91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIE CERVICALI (SEDI MULTIPLE)	€ 41,83	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	2
91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: POLIPECTOMIA ENDOCERVICALE	€ 14,10	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale	L	€ 14,10	20%	€ 2,82	5
91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MAMMELLA: BIOPSIA STEREOTASSICA	€ 41,83	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MAMMELLA: Biopsia stereotassica	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	2
91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MAMMELLA: NODULECTOMIA	€ 24,45	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MAMMELLA: Nodulectomia	L	€ 27,17	20%	€ 5,43	
91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE	€ 41,83	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	1
91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE (SEDI MULTIPLE)	€ 63,71	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)	L	€ 79,64	20%	€ 15,93	
91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: ASPORTAZIONE DI LINFONODO SUPERFICIALE	€ 63,71	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale	L	€ 79,64	20%	€ 15,93	
91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE	€ 63,71	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osseo midollare	L	€ 79,64	20%	€ 15,93	9
91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: AGOBIOPSIA TIROIDEA	€ 41,83	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea	L	€ 46,48	20%	€ 9,30	159
91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: BIOPSIA DI NERVO PERIFERICO	€ 24,45	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico	L	€ 27,17	20%	€ 5,43	

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.) PRELIEVI	€ 68,05	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	L	€ 85,06	20%	€ 17,01
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	€ 2,58	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	L	€ 2,58	2%	€ 0,05
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 5,16	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	L	€ 5,16	2%	€ 0,10
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	€ 2,58	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	L	€ 2,58	2%	€ 0,05
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 2,07	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	L	€ 2,58	2%	€ 0,05
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	€ 2,58	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	L	€ 2,58	2%	€ 0,05
91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	€ 6,92	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	BV	€ 6,04	2%	€ 0,12
91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	€ 6,92	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	BV	€ 5,58	2%	€ 0,11
91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	€ 6,92	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	BV	€ 4,65	2%	€ 0,09
91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (FINO A 7 ALLERGENI)	€ 11,62	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni)	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (FINO A 20 ALLERGENI)	€ 29,28	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	BV	€ 32,54	2%	€ 0,65
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (FINO A 12 ALLERGENI)	€ 20,92	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)	BV	€ 23,24	2%	€ 0,46
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	€ 40,80	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	MN	€ 44,98	2%	€ 0,90
92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	€ 41,83	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	MN	€ 46,12	2%	€ 0,92
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 33,36	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	MN	€ 33,36	2%	€ 0,67
92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	€ 179,73	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	MN	€ 179,73	2%	€ 3,59
92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA	€ 64,56	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA	MN	€ 64,56	2%	€ 1,29
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE	€ 115,01	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE	MN	€ 115,01	2%	€ 2,30
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI	€ 103,55	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI	MN	€ 103,55	2%	€ 2,07
92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	€ 154,94	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	MN	€ 154,94	2%	€ 3,10
92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA	€ 25,93	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA	MN	€ 25,93	2%	€ 0,52
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE	€ 56,81	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE	MN	€ 56,81	2%	€ 1,14
92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	€ 22,98	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	MN	€ 22,98	2%	€ 0,46
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	€ 112,33	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	MN	€ 112,33	2%	€ 2,25
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE	€ 74,42	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE	MN	€ 74,42	2%	€ 1,49
92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE	€ 41,26	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE	MN	€ 41,26	2%	€ 0,83
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	€ 63,89	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	MN	€ 63,89	2%	€ 1,28
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	€ 51,65	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	MN	€ 51,65	2%	€ 1,03
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	€ 81,08	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	MN	€ 92,96	2%	€ 1,86
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	€ 103,29	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	MN	€ 103,29	2%	€ 2,07
92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	€ 61,46	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	MN	€ 61,46	2%	€ 1,23
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIocardica DI PERFUSIONE,	€ 187,01	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIocardica DI PERFUSIONE,	MN	€ 187,01	2%	€ 3,74
92.05.2	SCINTIGRAFIA MIocardica CON INDICATORI DI LESIONE	€ 51,65	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIocardica CON INDICATORI DI LESIONE	MN	€ 51,65	2%	€ 1,03
92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	€ 98,13	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	MN	€ 98,13	2%	€ 1,96
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	€ 129,11	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	MN	€ 129,11	2%	€ 2,58
92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	€ 90,12	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	MN	€ 90,12	2%	€ 1,80
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	€ 108,46	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	MN	€ 108,46	2%	€ 2,17
92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	€ 1.071,65	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	MN	€ 1.071,65	2%	€ 21,43
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	€ 134,80	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	MN	€ 134,80	2%	€ 2,70
92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica CON INDICATORI DI LESIONE	€ 41,26	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIocardica CON INDICATORI DI LESIONE	MN	€ 41,26	2%	€ 0,83
92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	€ 46,22	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	MN	€ 46,22	2%	€ 0,92
92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE	€ 161,13	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE	MN	€ 179,31	2%	€ 3,59
92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	€ 143,58	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	MN	€ 143,58	2%	€ 2,87
92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI	€ 204,52	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI	MN	€ 221,25	2%	€ 4,43
92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	€ 98,13	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	MN	€ 98,13	2%	€ 1,96
92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	€ 126,27	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	MN	€ 126,27	2%	€ 2,53
92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 129,11	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	MN	€ 129,11	2%	€ 2,58
92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	€ 206,58	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	MN	€ 206,58	2%	€ 4,13

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	€ 214,33	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	MN	€ 238,81	2%	€ 4,78 1.132
92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) STUDIO QUALITATIVO	€ 939,95	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	MN	€ 939,95	2%	€ 18,80 940
92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) STUDIO QUANTITATIVO	€ 1.071,65	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	MN	€ 1.071,65	2%	€ 21,43 125
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	€ 166,30	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	MN	€ 191,09	2%	€ 3,82 228
92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	€ 57,84	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	MN	€ 57,84	2%	€ 1,16 766
92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	€ 78,35	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	MN	€ 78,35	2%	€ 1,57 1.255
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	€ 68,48	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	MN	€ 68,48	2%	€ 1,37 401
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	€ 198,63	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	MN	€ 198,63	2%	€ 3,97 80
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	€ 169,45	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	MN	€ 169,45	2%	€ 3,39 7
92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE	€ 34,71	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE	MN	€ 34,71	2%	€ 0,69 22
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDLARE SEGMENTARIA	€ 110,52	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDLARE SEGMENTARIA	MN	€ 110,52	2%	€ 2,21 151
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	€ 213,55	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	MN	€ 213,55	2%	€ 4,27 254
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	€ 113,10	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	MN	€ 113,10	2%	€ 2,26 22.879
92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	€ 136,60	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	MN	€ 136,60	2%	€ 2,73 72
92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	€ 213,30	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	MN	€ 251,57	2%	€ 5,03 532
92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	€ 213,30	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	MN	€ 251,57	2%	€ 5,03 192
92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	€ 1.071,65	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	MN	€ 1.071,65	2%	€ 21,43 16.235
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	€ 259,00	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	MN	€ 259,00	2%	€ 5,18 51
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	€ 293,45	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	MN	€ 293,45	2%	€ 5,87 20
92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	€ 51,65	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	MN	€ 51,65	2%	€ 1,03 11
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	€ 86,25	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	MN	€ 86,25	2%	€ 1,72 13
92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY	€ 24,79	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY	MN	€ 24,79	2%	€ 0,50 3.346
92.21.1	ROENTGENTERAPIA	€ 7,18	92.21.1	ROENTGENTERAPIA	RT	€ 7,18	2%	€ 0,14 4.393
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI	€ 21,69	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA	RT	€ 21,69	2%	€ 0,43 4.992
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO	€ 26,08	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA	RT	€ 26,08	2%	€ 0,52 4.253
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH	€ 30,99	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA	RT	€ 51,65	2%	€ 1,03 704
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	€ 33,57	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	RT	€ 35,84	2%	€ 0,72 36.274
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO	€ 51,65	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	RT	€ 51,65	2%	€ 1,03 48.980
92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH	€ 61,97	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	RT	€ 77,47	2%	€ 1,55 9.379
92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	€ 619,75	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	RT	€ 790,18	2%	€ 15,80 185
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	€ 38,42	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	RT	€ 38,42	2%	€ 0,77 6.928
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSE/ITSEBI)	€ 1.053,57	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSE/ITSEBI)	RT	€ 1.053,57	2%	€ 21,07
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	€ 258,23	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA	RT	€ 278,89	2%	€ 5,58 119
92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE	€ 413,17	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	RT	€ 436,82	2%	€ 8,74
92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	€ 103,29	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	RT	€ 143,58	2%	€ 2,87
92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	€ 361,52	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	RT	€ 368,75	2%	€ 7,38
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	€ 41,32	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	RT	€ 51,65	2%	€ 1,03
92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI.FINO A 370 MBQ	€ 51,65	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	RT	€ 67,60	2%	€ 1,35 70
92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI.PER OGNI 370 MBQ SUCCESSIVI	€ 10,33	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	RT	€ 14,20	2%	€ 0,28 78
92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	€ 154,94	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	RT	€ 179,99	2%	€ 3,60
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI.FINO A 185 MBQ	€ 516,46	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	RT	€ 526,79	2%	€ 10,54
92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI.PER OGNI 185 MBQ SUCCESSIVI	€ 219,49	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	RT	€ 219,49	2%	€ 4,39
92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	€ 826,33	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	RT	€ 826,33	2%	€ 16,53
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. CON SIMULATORE RADIOLOGICO.(INTERO TRATTAMENTO)	€ 51,65	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	RT	€ 54,23	2%	€ 1,08 2.517
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. CON TC SIMULATORE O TC.IN CASO DI INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO CODIFICARE ANCHE (38.99.1) (INTERO TRATTAM.)	€ 92,96	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	RT	€ 98,13	2%	€ 1,96 6.155
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON RM	€ 103,29	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	RT	€ 129,11	2%	€ 2,58 65
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	€ 20,66	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	RT	€ 23,86	2%	€ 0,48 3.134
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	€ 87,80	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	RT	€ 90,38	2%	€ 1,81 6.066
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	€ 11,16	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	RT	€ 11,16	2%	€ 0,22 4.877
92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	€ 47,51	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	RT	€ 47,51	2%	€ 0,95 6.135

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto	N° Prestaz.
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	€ 92,96	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	RT	€ 101,43	2%	3.893
92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI	€ 77,47	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI	RT	€ 86,92	2%	1.929
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	€ 12,91	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	RI	€ 12,91	2%	8
93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	€ 7,75	93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	RI	€ 7,75	2%	€ 0,15
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE	€ 7,75	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE	RI	€ 7,75	2%	€ 0,15
93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI	€ 7,75	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI	RI	€ 7,75	2%	28
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	€ 7,75	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	RI	€ 7,75	2%	450
93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	€ 7,75	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	RI	€ 7,75	2%	€ 0,15
93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE .BILANCIO ARTICOLARE E MUSCOLARE GENERALE	€ 11,62	93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE	RI	€ 11,62	2%	2.786
93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. BILANCIO ARTICOLARE E MUSCOLARE SEGMENTARIO	€ 7,75	93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE	RI	€ 7,75	2%	273
93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	€ 19,37	93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	RI	€ 19,37	2%	236
93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	€ 10,85	93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	RI	€ 10,85	2%	119
93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	€ 13,43	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	RI	€ 13,43	2%	124
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	€ 8,01	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	RI	€ 8,01	2%	503
93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO	€ 9,71	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO	RI	€ 9,71	2%	403
93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	€ 10,33	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	BV	€ 10,33	2%	8.106
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA	€ 10,33	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA	BV	€ 10,33	2%	3.093
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA	€ 10,33	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA	BV	€ 10,33	2%	6.008
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [LARINGEI, PERINEALI]	€ 13,43	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]	BV	€ 13,43	2%	43
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	€ 10,33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	RI	€ 10,33	2%	1.908
93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	€ 10,33	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	RI	€ 10,33	2%	1.558
93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	€ 10,33	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	BV	€ 10,33	2%	€ 0,21
93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	€ 10,33	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	BV	€ 10,33	2%	€ 0,21
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	€ 10,33	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	BV	€ 10,33	2%	69.745
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	€ 10,33	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	BV	€ 10,33	2%	46.599
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA ATTIVA E/O PASSIVA	€ 8,01	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	RI	€ 11,36	2%	2.861.629
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA ATTIVA E/O PASSIVA	€ 9,09	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	RI	€ 9,09	2%	103.656
93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE A DOMICILIO	€ 25,82	93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	RI	€ 8,52	2%	1.657.473
93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	€ 5,73	93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	RI	€ 6,82	2%	73.591
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO	€ 3,87	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO	RI	€ 4,96	2%	47.127
93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE	€ 12,91	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE	RI	€ 14,20	2%	256.335
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI	€ 8,26	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI	RI	€ 8,83	2%	239.669
93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI. PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 11,36	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI	RI	€ 11,36	2%	128.247
93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 3,41	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI	RI	€ 3,41	2%	62.540
93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 60 MINUTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 10,23	93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI	RI	€ 10,23	2%	337.343
93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI.PER SEDUTA COLLETTIVA DI 60 MINUTI MAX. 8 PAZIENTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 4,44	93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI	RI	€ 4,44	2%	84.401
93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO	€ 10,17	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO	RI	€ 10,17	2%	140.253
93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	€ 7,95	93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	RI	€ 7,95	2%	44.411
93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'	€ 7,23	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'	RI	€ 7,23	2%	83
93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	€ 1,81	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	RI	€ 1,81	2%	262.778
93.35.3	PARAFFINOTERAPIA	€ 2,32	93.35.3	PARAFFINOTERAPIA	RI	€ 2,32	2%	664
93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	€ 17,20	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	CA	€ 19,11	2%	120
93.37	TRAINING PRENATALE	€ 122,56	93.37	TRAINING PRENATALE	RI	€ 122,56	2%	€ 2,45
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	€ 8,52	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	RI	€ 8,52	2%	110.672
93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA.DIADINAMICA.PER SEDUTA DI 10 MINUTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 2,12	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA	RI	€ 2,12	2%	368.402
93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA.ELETTROANALGESIA TRANSCUTANEA (TENS, ALTO VOLTAGGIO).PER SEDUTA DI 10 MINUTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 3,05	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA	RI	€ 3,05	2%	1.216.373
93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO	€ 2,53	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO	RI	€ 2,53	2%	2.432
93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI	€ 2,53	93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI	RI	€ 2,53	2%	177.767
93.39.8	MAGNETOTERAPIA	€ 1,34	93.39.8	MAGNETOTERAPIA	RI	€ 1,34	2%	1.242.828
93.39.9	ULTRASONOTERAPIA	€ 1,34	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA	RI	€ 1,34	2%	340.693
93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI	€ 11,36	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI	BV	€ 11,36	2%	€ 0,23

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			%	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO	€ 27,89	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO	BV	€ 30,99	2%	€ 0,62
93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO	€ 34,40	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO	BV	€ 30,99	2%	€ 0,62
93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO	€ 27,89	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO	BV	€ 30,99	2%	€ 0,62
93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	€ 7,75	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	€ 13,58	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	BV	€ 13,58	2%	€ 0,27
93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	€ 34,40	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	BV	€ 25,20	2%	€ 0,50
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	€ 34,40	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	BV	€ 18,90	2%	€ 0,38
93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	€ 25,56	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	BV	€ 12,60	2%	€ 0,25
93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	€ 25,56	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	BV	€ 22,72	2%	€ 0,45
93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	€ 25,56	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23
93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE	€ 5,84	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	€ 3,87	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	BV	€ 3,87	2%	€ 0,08
93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	€ 14,41	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	BV	€ 25,20	2%	€ 0,50
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	€ 12,50	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	BV	€ 21,33	2%	€ 0,43
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	€ 7,75	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	€ 13,58	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	BV	€ 13,58	2%	€ 0,27
93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	€ 13,89	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	BV	€ 21,33	2%	€ 0,43
93.56.7	ALTRO BENDAGGIO	€ 15,71	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO	BV	€ 17,46	2%	€ 0,35
93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI	€ 9,71	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
93.71.1	TRAINING PER DISLESSIA.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 30 MIN.(CICLO DI DIECI SEDUTE).PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	93.71.1	TRAINING PER DISLESSIA	RI	€ 8,42	2%	€ 0,17
93.71.2	TRAINING PER DISLESSIA	€ 2,07	93.71.2	TRAINING PER DISLESSIA	RI	€ 2,07	2%	€ 0,04
93.71.3	TRAINING PER DISCALCULIA.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 30 MIN.(CICLO DI DIECI SEDUTE).PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	93.71.3	TRAINING PER DISCALCULIA	RI	€ 8,42	2%	€ 0,17
93.71.4	TRAINING PER DISCALCULIA.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 2,07	93.71.4	TRAINING PER DISCALCULIA	RI	€ 2,07	2%	€ 0,04
93.72.1	TRAINING PER DISFASIA	€ 8,42	93.72.1	TRAINING PER DISFASIA	RI	€ 8,42	2%	€ 0,17
93.72.2	TRAINING LOGOPEDICO INDIVIDUALE	€ 8,42	93.72.2	TRAINING PER DISFASIA	RI	€ 2,07	2%	€ 0,04
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO.TERAPIA DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA.PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE).TERAPIA DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO	RI	€ 8,42	2%	€ 0,17
93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO	€ 2,07	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO	RI	€ 2,07	2%	€ 0,04
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO.PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 4,39	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	AD	€ 4,39	2%	€ 0,09
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 1,08	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	AD	€ 1,08	2%	€ 0,02
93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE.TERAPIA DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA.ESCLUSO: TRAINING IN ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA PER CIECHI (93.78).PER SEDUTA INDIVIDUALE (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 4,39	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE	RI	€ 4,39	2%	€ 0,09
93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE.PER SEDUTA COLLETTIVA (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 1,08	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE	RI	€ 1,08	2%	€ 0,02
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE	€ 8,73	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE	BV	€ 8,73	2%	€ 0,17
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI.RIABILITAZIONE FUNZIONI MNESICHE, GNOSICHE E PRASSICHE.PER SEDUTA INDIVIDUALE DI 30 MIN. (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 8,42	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	BV	€ 8,42	2%	€ 0,17
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI.RIABILITAZIONE FUNZIONI MNESICHE, GNOSICHE E PRASSICHE.PER SEDUTA COLLETTIVA DI 30 MIN. MAX 3 PAZIENTI (CICLO DI DIECI SEDUTE)	€ 2,07	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	BV	€ 2,07	2%	€ 0,04
93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	€ 3,62	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE	€ 1,55	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE	BV	€ 1,55	2%	€ 0,03
93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA	€ 66,11	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA	BV	€ 82,63	2%	€ 1,65
93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE	€ 8,21	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE	BV	€ 8,21	2%	€ 0,16
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI	€ 7,75	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	€ 2,79	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	€ 15,49	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	BV	€ 15,49	2%	€ 0,31
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	€ 5,84	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	€ 5,84	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,84	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 2,79	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	€ 2,79	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
94.08.4	ESAME DELL' AFASIA	€ 24,40	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA	BV	€ 27,11	2%	€ 0,54
94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	€ 5,84	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	€ 5,84	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 17,43	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	BV	€ 19,37	2%	€ 0,39

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996			% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa		
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 12,91	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	BV	€ 12,91	2%	8
94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	€ 17,43	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	BV	€ 19,37	2%	58
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	€ 17,43	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	BV	€ 19,37	2%	1.058
94.32	IPNOTERAPIA	€ 15,49	94.32	IPNOTERAPIA	BV	€ 15,49	2%	€ 0,31
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE	€ 20,92	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE	BV	€ 23,24	2%	3.832
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	€ 9,71	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO	€ 13,27	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO	BV	€ 13,27	2%	1.003
95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	€ 18,59	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	BV	€ 20,66	2%	71.133
95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	€ 46,48	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	BV	€ 58,10	2%	8.573
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO	€ 15,11	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO	BV	€ 16,78	2%	5.165
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE	€ 7,75	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE	BV	€ 7,75	2%	216
95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	€ 7,75	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	BV	€ 7,75	2%	99
95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	€ 7,75	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	BV	€ 7,75	2%	137
95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	€ 7,75	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	BV	€ 7,75	2%	24.613
95.09.2	ESOFALMOMETRIA	€ 7,75	95.09.2	ESOFALMOMETRIA	BV	€ 7,75	2%	12
95.09.3	CHERATOESTESOMETRIA	€ 7,75	95.09.3	CHERATOESTESOMETRIA	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	€ 3,87	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	BV	€ 3,87	2%	38
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	€ 3,87	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	BV	€ 3,87	2%	€ 0,08
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA O ANGIOSCOPIA OCULARE	€ 41,83	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA O ANGIOSCOPIA OCULARE	BV	€ 46,48	2%	3.647
95.13	ECOGRAFIA OCULARE	€ 12,91	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	BV	€ 19,37	2%	1.860
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	€ 34,86	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	BV	€ 38,73	2%	8.986
95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	€ 27,89	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	BV	€ 30,99	2%	8.094
95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	€ 15,49	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	BV	€ 15,49	2%	1
95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	€ 15,49	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	BV	€ 15,49	2%	449
95.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE	€ 22,98	95.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE	MN	€ 22,98	2%	133
95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO	€ 7,75	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO	BV	€ 7,75	2%	45
95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	€ 30,21	95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	BV	€ 33,57	2%	842
95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	€ 30,21	95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)	BV	€ 33,57	2%	99
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	€ 20,92	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	BV	€ 23,24	2%	910
95.23.1	INTERFEROMETRIA	€ 7,75	95.23.1	INTERFEROMETRIA	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15
95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	€ 16,41	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	BV	€ 18,23	2%	€ 0,36
95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	€ 23,38	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	BV	€ 25,98	2%	€ 0,52
95.25	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)	€ 27,89	95.25	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)	BV	€ 30,99	2%	€ 0,62
95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	€ 7,75	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	BV	€ 7,75	2%	2.911
95.35	TRAINING ORTOTTICO	€ 1,76	95.35	TRAINING ORTOTTICO	BV	€ 5,42	2%	1
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 8,52	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	BV	€ 9,76	2%	5.132
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,76	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	BV	€ 9,76	2%	20
95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	€ 18,59	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	BV	€ 20,66	2%	1
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	€ 11,93	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	BV	€ 11,93	2%	€ 0,24
95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 6,51	95.42	IMPEDENZOMETRIA	BV	€ 8,68	2%	5.231
95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA	€ 22,78	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA	BV	€ 25,31	2%	682
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 13,01	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	BV	€ 16,27	2%	235
95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 13,01	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	BV	€ 16,27	2%	1.217
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	€ 29,28	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	BV	€ 32,54	2%	€ 0,65
95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	€ 13,01	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	BV	€ 16,27	2%	86
95.47	ESAME DELL' UDITO NAS	€ 12,91	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS	BV	€ 12,91	2%	€ 0,26
95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO	€ 11,93	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO	BV	€ 11,93	2%	€ 0,24
95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	€ 9,76	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	BV	€ 9,76	2%	€ 0,20
95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	€ 12,29	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	BV	€ 12,29	2%	€ 0,25
95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	€ 21,33	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	BV	€ 23,71	2%	€ 0,47
95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	€ 17,57	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	BV	€ 19,52	2%	€ 0,39
96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	€ 9,71	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	€ 9,71	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
96.22	DILATAZIONE DEL RETTO	€ 3,46	96.22	DILATAZIONE DEL RETTO	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE	€ 9,71	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	€ 6,92	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23
96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	€ 11,62	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23
96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA	€ 9,71	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19
96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO	€ 3,87	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO	BV	€ 3,87	2%	€ 0,08
96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO	€ 2,43	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO	BV	€ 7,75	2%	1.248
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	€ 3,51	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	BV	€ 9,71	2%	29.447
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	€ 3,87	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	BV	€ 3,87	2%	80
96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	€ 2,32	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	BV	€ 5,84	2%	782
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	€ 15,49	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	BV	€ 15,49	2%	€ 0,31

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996						
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa	% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	€ 3,87	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	BV	€ 3,87	2%	€ 0,08	1.753
97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO	€ 9,71	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	
97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE	€ 15,49	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE	BV	€ 15,49	2%	€ 0,31	
97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	€ 6,35	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	BV	€ 6,46	2%	€ 0,13	152
97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	€ 9,71	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	€ 9,71	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	
97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	€ 9,71	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	606
98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE	€ 8,42	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA,	BV	€ 8,42	2%	€ 0,17	476
98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE	€ 28,12	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO,	BV	€ 31,25	2%	€ 0,62	
98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO	€ 49,58	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO	BV	€ 61,97	2%	€ 1,24	
98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE	€ 13,89	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO,	BV	€ 29,44	2%	€ 0,59	
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE	€ 5,99	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO,	BV	€ 8,42	2%	€ 0,17	3
98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE	€ 5,94	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO,	BV	€ 8,42	2%	€ 0,17	
98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE	€ 13,94	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE,	BV	€ 15,13	2%	€ 0,30	1
98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE	€ 21,89	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE,	BV	€ 15,13	2%	€ 0,30	
98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE	€ 16,64	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI,	BV	€ 18,49	2%	€ 0,37	
98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE	€ 21,15	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO,	BV	€ 23,50	2%	€ 0,47	
98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE	€ 10,07	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA,	BV	€ 10,07	2%	€ 0,20	
98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	€ 10,07	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE,	BV	€ 10,07	2%	€ 0,20	
98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE	€ 32,21	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA,	BV	€ 35,79	2%	€ 0,72	
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	€ 7,75	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	€ 6,61	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	17
98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE,	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 11,62	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23	
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	€ 23,24	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	BV	€ 25,82	2%	€ 0,52	2
99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	€ 11,62	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23	57
99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	€ 11,62	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23	
99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	€ 11,62	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23	
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI	€ 9,71	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	7
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	€ 11,62	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	BV	€ 11,62	2%	€ 0,23	
99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHIMIOTERICAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	€ 9,71	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHIMIOTERICAPICHE PER TUMORE,	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	
99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	€ 10,07	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	BV	€ 10,07	2%	€ 0,20	
99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	€ 10,07	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	CA	€ 10,07	2%	€ 0,20	
99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	€ 5,22	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	BV	€ 6,46	2%	€ 0,13	
99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	€ 6,46	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	BV	€ 6,46	2%	€ 0,13	
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	€ 7,75	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	4
99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	€ 7,75	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	€ 7,75	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 9,71	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	€ 351,19	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	BV	€ 438,99	2%	€ 8,78	
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	€ 322,27	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	BV	€ 402,84	2%	€ 8,06	
99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	€ 298,72	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	BV	€ 373,40	2%	€ 7,47	
99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	€ 39,51	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	BV	€ 43,90	2%	€ 0,88	
99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	€ 326,40	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	BV	€ 408,00	2%	€ 8,16	
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	€ 8,78	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	BV	€ 8,78	2%	€ 0,18	24

Sconto 2007 e 2008 ex art. 1, comma 796, lettera o) L. 27/12/06, n. 296

Allegato n. 11

Tariffario Campania in vigore nel 2008 (Circolare Assessore Sanità 10.7.08 n. 2129/SP)			Tariffario DM 22/07/1996				% Sconto	Sconto unitario	N° Prestaz. 2008 (stima)
Codice	Descrizione Prestazione	Tariffa	Codice	Descrizione Prestazione	branca	Tariffa			
99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE	€ 65,80	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE	RT	€ 65,80	2%	€ 1,32	1.190
99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA	€ 9,71	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA	BV	€ 9,71	2%	€ 0,19	
99.92	ALTRA AGOPUNTURA	€ 8,52	99.92	ALTRA AGOPUNTURA	BV	€ 8,52	2%	€ 0,17	
99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	€ 5,84	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12	
99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	€ 5,84	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	BV	€ 5,84	2%	€ 0,12	
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	€ 13,43	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	BV	€ 13,43	2%	€ 0,27	49
99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	€ 13,43	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	BV	€ 13,43	2%	€ 0,27	2.975
99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA	€ 3,10	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA	RI	€ 3,10	2%	€ 0,06	1.367.280
			93.31.1	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	RI	€ 9,97	2%	€ 0,20	
			93.31.2	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	RI	€ 2,43	2%	€ 0,05	
			93.31.3	IDROMASSOTERAPIA	RI	€ 3,72	2%	€ 0,07	
			93.33.1	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	RI	€ 7,23	2%	€ 0,14	
			93.33.2	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	RI	€ 2,07	2%	€ 0,04	
			93.34.1	DIATERMIA AD ONDE CORTE E MICROONDE	RI	€ 2,12	2%	€ 0,04	
			93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA	RI	€ 12,81	2%	€ 0,26	
			93.35.4	IPERTERMIA NAS	RI	€ 7,75	2%	€ 0,15	
			93.39.1	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE- RIFLESSOGENA	RI	€ 3,72	2%	€ 0,07	
			93.39.3	PRESSOTERAPIA O PRESSO-DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE	RI	€ 4,44	2%	€ 0,09	
			93.43.1	TRAZIONE SCHELETRICA	RI	€ 3,82	2%	€ 0,08	
			99.27	IONOFORESI	RI	€ 1,76	2%	€ 0,04	
			99.29.7	MESOTERAPIA	BV	€ 6,71	2%	€ 0,13	
			99.88	FOTOFERESI TERAPEUTICA	BV	€ 7,75	2%	€ 0,15	

NOTA: per la prestazione 90.74.4 "Resistenze Osmotico Globulari (Curva)" lo sconto è stato contenuto nella misura necessaria a non azzerare la tariffa regionale al netto dello sconto (fermo restando il carattere forfetario dello sconto sull'insieme delle prestazioni del singolo centro)

ALLEGATO A\1 – pag. 1 □

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria), da erogarsi per l'anno 2009 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
 - la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:

ALLEGATO A\1 – pag. 2 □

- ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. _____ del ____ luglio 2009 la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. _____ del ____ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria)" il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dai centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle branche / tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare per la singola branca / tipologia di prestazioni di _____:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte dei centri privati operanti nella stessa ASL;
 - b) i correlati limiti di spesa;

ALLEGATO A\1 – pag. 3

- c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle possibilità di compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;
- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale da erogarsi per l'anno 2009 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 alla citata DGRC n. ____/2009;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009, definiti e condivisi con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa è patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale per la branca / tipologia di prestazioni di _____ da erogarsi nell'anno 2009 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente

ALLEGATO A\1 – pag. 4 ☐

accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).

2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2009 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.

ALLEGATO A\1 – pag. 5

6. L'importo di cui al comma 1, diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di _____.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - a) non più dell'85% dei limiti di spesa di cui all'art. 4 per le prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009;
 - b) non più del 15% dei limiti di spesa di cui all'art. 4 per le prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009.
2. L'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la regressione tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente accordo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni erogate sia ai propri residenti che ai non residenti eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati

ALLEGATO A\1 – pag. 6 □

congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. _____ membri nominati dal Direttore Generale.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 30 giugno ed al 31 agosto dell'anno corrente, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata, rispettivamente, entro il 31 luglio ed entro il 30 settembre dell'anno in corso - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascun centro, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 (il giorno 15 per le strutture di riabilitazione) del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non

ALLEGATO A\1 – pag. 7 □

sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata:

- a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
- b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / branca oggetto del presente contratto,

fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto di cui al successivo art. 10, un acconto pari all'80% della propria produzione.
2. Ciascuna struttura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata dalla struttura privata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 5 marzo dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla struttura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della struttura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima struttura dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, le AA.SS.LL. provvederanno ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a saldo. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. Le strutture, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.

ALLEGATO A\1 – pag. 8

2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno 2009 in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____ del ____ luglio 2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso.

Art. 11 (norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente accordo le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere i contratti di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La parte privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del ____ luglio 2009.

ALLEGATO A\1 bis – pag. 1 □

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria), da erogarsi per l'anno 2010 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
 - la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:

ALLEGATO A\1 bis – pag. 2

- ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria)" il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dai centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle branche / tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare per la singola branca / tipologia di prestazioni di _____:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte dei centri privati operanti nella stessa ASL;
 - b) i correlati limiti di spesa;
 - c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità

ALLEGATO A\1 bis – pag. 3

dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle possibilità di compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;

- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale da erogarsi per l'anno 2010 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 bis alla citata DGRC n. ____/2009;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009, definiti e condivisi con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa è patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale per la branca / tipologia di prestazioni di _____ da erogarsi nell'anno 2010 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ (prestazioni / giornate / cicli).

ALLEGATO A\1 bis – pag. 4

2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. ____ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2010 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. L'importo di cui al comma 1, diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di _____.

ALLEGATO A\1 bis – pag. 5

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - a) 85% dei limiti di spesa di cui all'art. 4, distribuito su base media mensile, a tariffa piena;
 - b) ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 30%;
 - c) ulteriore 5%, distribuito su base media mensile, applicando una regressione tariffaria del 50%;
 - d) residuo 5%, riservato alla decisione, che assumerà unilateralmente l'Azienda Sanitaria Locale entro il 31 ottobre 2010, di mettere a disposizione tale importo:
 - i. in tutto o in parte, per ridurre le regressioni tariffarie di cui alle precedenti lettere b) e c);
 - ii. in tutto o in parte, per stipulare accordi integrativi (ai sensi dell'art. 8-quinquies del DLGS 502/92 e s.m.i., comma 2, lettera e-bis), a tariffa scontata, per l'acquisto di tipologie di prestazioni per le quali la ASL ritiene opportuno o necessario avvalersi delle strutture private.
2. La ripartizione dei limiti di spesa di cui all'art. 4 alle singole strutture, effettuata dalla ASL applicando i criteri definiti dalla citata DGRC n. ____/2009, è allegata al presente protocollo d'intesa e sarà espressamente accettata da ciascuna struttura privata all'atto della sottoscrizione del contratto di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10. E', altresì, allegato al presente protocollo il verbale della relativa riunione di valutazione del Tavolo Tecnico.
3. Gli scaglioni di remunerazione di cui alle lettere a), b) e c) del precedente comma 1 saranno applicati sul progressivo mensile complessivo del valore della produzione delle singole strutture nei limiti della ripartizione operata al precedente comma 2. Il mancato pieno utilizzo degli scaglioni da parte di alcune strutture si renderà disponibile per incrementare la disponibilità residua di cui al precedente comma 1, lettera d) punto i), in modo da attenuare la regressione tariffaria applicata alle altre strutture, fermo restando il rispetto dei limiti di cui all'art. 8, comma 2.
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente accordo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti

ALLEGATO A\1 bis – pag. 6 □

dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate..

5. Le prestazioni erogate sia ai propri residenti che ai non residenti eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. _____ membri nominati dal Direttore Generale.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 31 agosto 2010, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata entro il 30 settembre 2010 - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascun centro, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 (il giorno 15 per le strutture di riabilitazione) del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

ALLEGATO A\1 bis – pag. 7 □

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata:
 - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / branca oggetto del presente contratto,fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto di cui al successivo art. 10, un acconto pari (al massimo, stante la produzione resa) ad un dodicesimo mensile del 95% del limite di spesa di cui all'art. 4, ripartito alle singole strutture ai sensi dell'art. 5, comma 2.
2. Ciascuna struttura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata dalla struttura privata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 5 marzo dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla struttura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della struttura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima struttura dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, le AA.SS.LL. provvederanno ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a saldo. A fini di

ALLEGATO A\1 bis – pag. 8

regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. Le strutture, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.
2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno 2010, in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009.
4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____/2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente accordo le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere i contratti di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La parte privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009.

ALLEGATO A\2 – pag. 1 □

Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno _____ (2009, 2010) da parte delle case di cura private accreditate o temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa.

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);
 - la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
 - la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:
 - ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di

ALLEGATO A\2 – pag. 2 □

spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;

- ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. ____ del ____ luglio 2009 la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. ____ del ____ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea “attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero” il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate o accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che per la macroarea assistenza ospedaliera la medesima delibera ha stabilito di procedere dal 2008 alla introduzione del cd. *Budget di Struttura*, con i seguenti criteri:
 - ciascuna ASL ripartisce alle Case di Cura private operanti sul suo territorio il 90% del tetto di spesa assegnato alla ASL ed esposto nell'allegato n. 9 alla stessa delibera, colonna (G), composto da: colonna (A) Budget residenti ASL + colonna (C) Budget residenti extra regione + colonna (F) Budget mobilità residenti altre ASL della Regione;
 - la ripartizione viene effettuata dalla ASL applicando criteri uniformi e trasparenti, basati su parametri oggettivi quali: il maggiore volume annuo di prestazioni, di fatturato e di peso complessivo dei DRG, realizzato nell'arco degli ultimi tre anni; la capacità produttiva nell'esercizio in corso eventualmente dichiarata dalla Casa di Cura; il numero dei posti letto accreditati ed attivi, ripartito per le diverse discipline; l'esigenza della ASL di assicurare determinati volumi di alcune prestazioni di ricovero rispetto ad altre, più facilmente sostituibili da parte delle strutture pubbliche a disposizione dell'utenza, con particolare riferimento ai ricoveri di emergenza / urgenza effettuati presso le Case di Cura inserite nella rete del SIRES ed ai ricoveri di riabilitazione e lungodegenza;

ALLEGATO A\2 – pag. 3

- la delibera del Direttore Generale recante la ripartizione del tetto di spesa a ciascuna Casa di Cura deve essere adeguatamente motivata e dettagliata, e dovrà essere allegata al Protocollo d'Intesa con le Associazioni di Categoria, allegato sub A/2 alla presente delibera;
- lo sfioramento del Budget di Struttura assegnato a ciascuna Casa di Cura determinerà una corrispondente regressione tariffaria sul fatturato complessivo della stessa Casa di Cura; la regressione potrà eventualmente essere attenuata (o annullata) a consuntivo, in sede di ripartizione della residua quota del 10% del limite di spesa assegnato alla ASL;
- il rimanente 10% del limite di spesa sarà riservato dalla ASL per essere ripartito a consuntivo alle Case di Cura operanti sul territorio della ASL, in modo da attenuare le regressioni tariffarie, con i seguenti criteri:
 - il 5% in proporzione al valore dei ricoveri di alta complessità cui all'allegato B alla DGRC n. 800/06;
 - il 5% in proporzione al valore consuntivati di ulteriori DRG, specificati dalla ASL nella sopra descritta delibera del Direttore Generale da allegarsi al Protocollo d'Intesa con le Associazioni di Categoria, prescelti dalla ASL in base a considerazioni di fabbisogno e di programmazione proprie della ASL medesima e non sindacabili da parte delle Case di Cura e/o delle loro Associazioni, con esclusione dei DRG individuati dalla Giunta Regionale come prestazioni a maggiore rischio di non appropriatezza;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte delle Case di Cura private operanti nella stessa ASL;
 - b) i correlati limiti di spesa;
 - c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle possibilità di compensazione tra sfioramenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;
 - d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno ____ (2009, 2010) da parte delle case di cura private accreditate o temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/2 alla citata DGRC n. ____/2009;

ALLEGATO A\2 – pag. 4 □

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009, definiti e condivisi con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative sottoscrittrici dal presente protocollo di intesa;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente protocollo d'intesa.

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo di intesa ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno ____ (2009, 2010) da parte delle Case di Cura private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le Case di Cura private ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
2. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. ____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.

ALLEGATO A\2 – pag. 5

4. Il volume massimo di prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero è determinato in n. ____ dimessi, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno ____ (2009, 2010) per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti presso le Case di Cura private ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____, di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il limite di spesa per le prestazioni assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il limite di spesa per le prestazioni assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalle Case di Cura private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed agli Enti deputati al rimborso delle prestazioni rese in mobilità internazionale o agli STP, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Le prestazioni di cui alla lettera a) dei precedenti commi 2, 3 e 4 concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, la regressione tariffaria derivante dall'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti stabiliti per le prestazioni di cui alla lettera a) dei commi 2, 3 e 4 del presente articolo, potrà essere parzialmente o interamente attenuata dalla quota del limite di spesa accantonata dalla ASL per tale finalità ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;

ALLEGATO A\2 – pag. 6

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera dalla Giunta Regionale.
2. La allegata delibera del Direttore Generale della ASL n. ____ del __/__/2009 determina la ripartizione dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 per ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL e l'elenco dei DRG che la ASL ha scelto per integrazione dell'allegato B alla DGRC n. 800/06, secondo i criteri stabiliti dalla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
3. Le prestazioni rientranti nei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, come ripartiti per ciascuna Casa di Cura dalla allegata delibera del Direttore Generale della ASL, saranno remunerate a tariffa piena.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa di cui al precedente art. 4, come ripartiti per ciascuna Casa di Cura dalla allegata delibera del Direttore Generale della ASL, determinano il contributo di ciascuna Casa di Cura privata al superamento del limite di spesa assegnato alla ASL per la macroarea delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover complessivamente acquistare presso le Case di Cura private ubicate nel suo territorio. Pertanto, per tale importo, la Casa di Cura è impegnata ad emettere nota credito, ai sensi dell'allegato C) - Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. – alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
5. La regressione tariffaria di cui al comma precedente potrà essere ridotta (finanche ad essere annullata) attraverso la ripartizione proporzionale – a consuntivo – della quota del limite di spesa accantonata dalla ASL, di cui al comma 6 del precedente art. 4, nella misura in cui i DRG compresi nell'allegato B alla DGRC n. 800/06, integrati con gli ulteriori DRG definiti nella allegata delibera del Direttore Generale della ASL, saranno stati erogati da ciascuna Casa di Cura privata, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
6. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente accordo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate..

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

ALLEGATO A\2 – pag. 7

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente accordo, è istituito un tavolo tecnico composto da n. ____ membri di cui n. ____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, firmatarie del presente accordo, e di n. ____ membri nominati dal Direttore Generale.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 31 agosto dell'anno corrente, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata entro il 30 settembre dell'anno in corso - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascuna Casa di Cura privata, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le Case di Cura private si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. I limiti di spesa di cui all'art. 4 sono suscettibili di aggiornamento con i criteri stabiliti dalla DGRC n. 517/2007 e richiamati nel comma 5 del precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le diverse strutture, non è consentito ad una singola Casa di Cura, se non sulla base di adeguate motivazioni (la cui valutazione è affidata alla ASL, con obbligo di

ALLEGATO A\2 – pag. 8

riferire al tavolo tecnico di cui all'art. 6), ad una singola Casa di Cura di incrementare il fatturato a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello registrato nel corrispondente periodo dell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte della ASL, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, sarà corrisposto alle strutture che, in applicazione del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno il contratto di cui al successivo art. 10, un acconto pari (al massimo, stante la produzione resa) ad un dodicesimo mensile del limite di spesa ripartito alle singole Case di Cura dalla delibera del Direttore Generale della ASL di cui all'art. 5, comma 2 (pari complessivamente – per l'insieme delle case di cura - al 90% del limite di spesa della macroarea).
2. Ciascuna Casa di Cura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata dalla struttura privata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 30 aprile dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla struttura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della struttura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima struttura dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione.
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a saldo. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. Le Case di Cura, in uno con le Associazioni di categoria firmatarie del presente protocollo di intesa, sottoscriveranno i singoli contratti che recepiranno i principi e le modalità sancite nel protocollo medesimo.
2. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
3. Il presente protocollo di intesa si riferisce a tutto l'anno ____ (2009, 2010), in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009.

ALLEGATO A\2 – pag. 9 □

4. Analoga durata ed efficacia avranno i contratti stipulati con le singole strutture, in applicazione del presente protocollo di intesa.
5. Il presente protocollo di intesa sarà adeguato alle modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____/2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza del protocollo stesso.

Art. 11
(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente accordo le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere i contratti di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 10, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La parte privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009.

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

**Contratto tra il / la _____ C.F. _____ P.I. _____
con sede in _____
rappresentato / a da _____
in qualità di rappresentante legale, come comprovato dalla documentazione allegata;
e l'Azienda Sanitaria Locale _____ C.F. _____ P.I. _____
con sede in _____
rappresentata da _____
munito dei necessari poteri, come comprovato dalla documentazione allegata;
per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza _____
(specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria),
branca e/o tipologia di prestazioni _____
da erogarsi per l'anno 2009, redatto in conformità alla DGRC n. ____ del __.7.09 e s.m.i. e,
quindi,
in conformità all'allegato Protocollo di Intesa del __/__/__ tra la ASL _____ e
le Associazioni di Categoria _____
(ovvero)
in conformità all'allegato schema di Protocollo di Intesa notificato dalla ASL _____
a questa struttura privata ed alle Associazioni di Categoria _____
_____.**

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
- la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:
 - ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
 - ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza _____ (specialistica / riabilitativa / termale / psichiatria e socio sanitario a rilevanza sanitaria)" il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dai centri privati provvisoriamente accreditati o accreditati, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre ASL regionali;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che, pertanto, nel definire volumi e limiti di spesa delle branche / tipologie di prestazioni afferenti a tale macroarea, occorre contenere gli stessi entro il tetto regionale, oltre il quale le prestazioni non possono essere remunerate dal Servizio Sanitario Regionale;

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare per la singola branca / tipologia di prestazioni di _____:
- a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte dei centri privati operanti nella stessa ASL;
- b) i correlati limiti di spesa;
- c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle possibilità di compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;
- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale da erogarsi per l'anno 2009 da parte delle strutture private accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/1 alla citata DGRC n ____/2009;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza distrettuale per la branca / tipologia di prestazioni di _____ da erogarsi nell'anno 2009 da parte delle strutture private temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.

Allegato A3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ (prestazioni / giornate / cicli).
4. Il volume massimo di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ (prestazioni / giornate / cicli), derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2009 per il volume di prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca / tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____.

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. L'importo di cui al comma 1, diviso per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definisce il valore medio della prestazione per la branca / tipologia di prestazioni di _____.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera della Giunta Regionale - che saranno riconosciute con i seguenti criteri, utili a garantire il rispetto del limite annuo di fatturato previsto all'art. 4, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008:
 - a) non più dell'85% dei limiti di spesa di cui all'art. 4 per le prestazioni erogate nel periodo 1 gennaio 2009 – 31 ottobre 2009;
 - b) non più del 15% dei limiti di spesa di cui all'art. 4 per le prestazioni erogate nel periodo 1 novembre 2009 – 31 dicembre 2009.
2. L'eventuale eccedenza nel valore delle prestazioni erogate, rispettivamente, nei primi dieci mesi dell'anno, e negli ultimi due, sarà abbattuta applicando la regressione tariffaria di cui all'allegato C alla DGRC n. 1268/08 separatamente ai due periodi temporali individuati.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
4. Le prestazioni erogate sia ai propri residenti che ai non residenti eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _____ membri nominati dalla ASL
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 30 giugno ed al 31 agosto dell'anno corrente, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata, rispettivamente, entro il 31 luglio ed entro il 30 settembre dell'anno in corso - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo, della eventuale parte di fatturato di ciascun centro, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 (il giorno 15 per le strutture di riabilitazione) del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata:
 - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni di cui al comma 6 dell'art. 4, che definisce il *case mix* delle strutture facenti capo alla macroarea / branca oggetto del presente contratto,

fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte del tavolo tecnico, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alle sottoscritte strutture un acconto mensile pari all'80% del valore della propria produzione.
2. Ciascuna struttura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata dalla struttura privata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 5 marzo dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla struttura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della struttura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima struttura dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, le AA.SS.LL. provvederanno ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla struttura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a saldo. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

Allegato A\3

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

(efficacia del contratto)

1. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalle strutture è subordinata alla sottoscrizione da parte di ciascuna di esse del contratto previsto dal comma 1.
2. Il presente contratto si riferisce a tutto l'anno 2009 in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009, e annulla e sostituisce ogni altro precedente accordo relativo allo stesso esercizio.
3. Il presente contratto sarà adeguato alle eventuali modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere il presente contratto, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La parte privata dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009.

_____, ____ / _____ / 2009 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del legale rappresentante del

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

**Contratto tra il / la _____ C.F. _____ P.I. _____
con sede in _____
rappresentato / a da _____
in qualità di rappresentante legale, come comprovato dalla documentazione allegata;
e l'Azienda Sanitaria Locale _____ C.F. _____ P.I. _____
con sede in _____
rappresentata da _____
munito dei necessari poteri, come comprovato dalla documentazione allegata;
per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera,
da erogarsi per l'anno 2009, redatto in conformità alla DGRC n. ____ del __.7.09 e s.m.i. e,
quindi,
in conformità all'allegato Protocollo di Intesa del __/__/____ tra la ASL _____ e
le Associazioni di Categoria _____
(ovvero)
in conformità all'allegato schema di Protocollo di Intesa notificato dalla ASL _____
a questa struttura privata ed alle Associazioni di Categoria _____
_____.**

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1 agosto 2003, modificata dalla DGRC n. 3133 del 31/10/03, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 55 del 24 novembre 2003, la Giunta Regionale, nel definire i volumi delle prestazioni ed i correlati limiti spesa per l'esercizio 2003, ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione n. 1272/2003, ad emanare schemi tipo (allegati A/1, A/2 e A/3 alla DGRC n. 2451/03) per la definizione di accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati per regolare i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n° 048 del 28 novembre 2003, resa esecutiva con DGRC n. 41 del 16 gennaio 2004, entrambe pubblicate sul B.U.R.C. n. 4 del 26 gennaio 2004, la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2004, a confermare le procedure e le modalità applicative già definite per l'esercizio 2003 dalle sopra citate DGRC n. 1272, 2451 e 3133 del 2003;
- che per l'esercizio 2005, con delibere n. 2105 del 19 novembre 2004, pubblicata sul B.U.R.C. n. 60 del 13 dicembre 2004, e n. 2157 del 30 dicembre 2005, pubblicata sul B.U.R.C. n. 8 del 13 febbraio 2006, la Giunta Regionale ha stabilito, tra l'altro, di confermare le procedure e le modalità applicative definite per gli esercizi 2003 e 2004 dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale, modificandole soltanto per quanto riguarda:
 - i criteri di regressione tariffaria, in modo da soddisfare la disposizione recata in materia dall'art. 1, comma 171, della legge 30.12.2004, n. 311, (Finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005);

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- la misura della anticipazione spettante alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscrivono i contratti attuativi dei limiti di spesa regionali, fissata in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% del fatturato
- la precisazione che, nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico (costituito tra la ASL e le Associazioni di Categoria, ai sensi della DGRC n. 2451/03), va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa);
- che con delibera n. 800 del 16 giugno 2006 la Giunta Regionale:
 - ha definito per l'esercizio 2006 la programmazione dei volumi delle prestazioni sanitarie, sulla base dei piani forniti dalle aziende sanitarie, ed i correlati limiti di spesa, sulla base degli obiettivi di contenimento dei costi recati dall'art. 3 della legge regionale n. 24 del 28 dicembre 2005 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005;
 - ha confermato le procedure e le modalità applicative dei limiti di spesa correlati ai volumi di prestazioni sanitarie, già stabilito dalle sopra citate delibere della Giunta Regionale n. 1272/03 e 2451/03, confermato per il 2004 dalla DGRC n. 048/03 e, con modifiche, per il 2005 dalle DGRC n. 2105/04 e n. 2157/05, apportando ulteriori modifiche;
- che con delibera n. 517 del 30 marzo 2007 la Giunta Regionale, in attuazione del *Piano di Rientro dal Disavanzo* approvato con DGRC n. 460 del 20 marzo 2007, ha definito i volumi di prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per gli esercizi 2007, 2008, 2009 e 2010, nonché le relative procedure applicative;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;

DATO ATTO

- che con la citata deliberazione n. ____ del __ luglio 2009 la Giunta Regionale ha definito per la macroarea "attività di assistenza in regime di ricovero ospedaliero" il fabbisogno di prestazioni ed il correlato limite di spesa, relativamente alle prestazioni erogate dalle Case di Cura private provvisoriamente accreditate o accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL _____, suddiviso tra:
 - A) prestazioni erogate ai propri residenti;
 - B) prestazioni erogate ai residenti di altre AA.SS.LL. della Regione Campania;
 - C) prestazioni erogate a residenti extra Regione;
- che tale fabbisogno di prestazioni per la suddetta macroarea ed il correlato limite di spesa rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del Servizio Sanitario Regionale e quindi il limite massimo di spesa sostenibile;
- che per la macroarea assistenza ospedaliera la medesima delibera ha stabilito di procedere dal 2008 alla introduzione del cd. *Budget di Struttura*, con i seguenti criteri:

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- ciascuna ASL ripartisce alle Case di Cura private operanti sul suo territorio il 90% del tetto di spesa assegnato alla ASL ed esposto nell'allegato n. 9 alla stessa delibera, colonna (G), composto da: colonna (A) Budget residenti ASL + colonna (C) Budget residenti extra regione + colonna (F) Budget mobilità residenti altre ASL della Regione;
- la ripartizione viene effettuata dalla ASL applicando criteri uniformi e trasparenti, basati su parametri oggettivi quali: il maggiore volume annuo di prestazioni, di fatturato e di peso complessivo dei DRG, realizzato nell'arco degli ultimi tre anni; la capacità produttiva nell'esercizio in corso eventualmente dichiarata dalla Casa di Cura; il numero dei posti letto accreditati ed attivi, ripartito per le diverse discipline; l'esigenza della ASL di assicurare determinati volumi di alcune prestazioni di ricovero rispetto ad altre, più facilmente sostituibili da parte delle strutture pubbliche a disposizione dell'utenza, con particolare riferimento ai ricoveri di emergenza / urgenza effettuati presso le Case di Cura inserite nella rete del SIRES ed ai ricoveri di riabilitazione e lungodegenza;
- la delibera della ASL recante la ripartizione del tetto di spesa a ciascuna Casa di Cura deve essere adeguatamente motivata e dettagliata, e viene allegata al Protocollo d'Intesa con le Associazioni di Categoria, allegato al presente contratto;
- lo sfioramento del Budget di Struttura assegnato a ciascuna Casa di Cura determinerà una corrispondente regressione tariffaria sul fatturato complessivo della stessa Casa di Cura; la regressione potrà eventualmente essere attenuata (o annullata) a consuntivo, in sede di ripartizione della residua quota del 10% del limite di spesa assegnato alla ASL;
- il rimanente 10% del limite di spesa sarà riservato dalla ASL per essere ripartito a consuntivo alle Case di Cura operanti sul territorio della ASL, in modo da attenuare le regressioni tariffarie, con i seguenti criteri:
 - il 5% in proporzione al valore dei ricoveri di alta complessità cui all'allegato B alla DGRC n. 800/06;
 - il 5% in proporzione al valore consuntivati di ulteriori DRG, specificati dalla ASL nella sopra descritta delibera, prescelti dalla ASL in base a considerazioni di fabbisogno e di programmazione proprie della ASL medesima e non sindacabili da parte delle Case di Cura e/o delle loro Associazioni, con esclusione dei DRG individuati dalla Giunta Regionale come prestazioni a maggiore rischio di non appropriatezza;

CONSIDERATO

- che, al fine di dare corso ai provvedimenti attuativi dei disposti della Giunta Regionale, secondo i principi e i criteri dalla medesima definiti, occorre determinare:
 - a) i volumi massimi di prestazioni erogabili da parte delle Case di Cura private operanti nella stessa ASL;
 - b) i correlati limiti di spesa;
 - c) le modalità di remunerazione delle prestazioni e delle regressioni tariffarie eventualmente necessarie per contenere i costi nei limiti di spesa definiti, fermo restando che tali modalità dovranno conformarsi ai criteri tecnici stabiliti nell'allegato C) (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008) alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008, ed alle

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

possibilità di compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati e minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati consentite dalla medesima delibera;

- d) le modalità per il monitoraggio dei volumi erogati e dei costi sostenuti per la corretta applicazione delle disposizioni Regionali.

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero da erogarsi per l'anno 2009 da parte delle case di cura private accreditate o temporaneamente accreditate, ed i correlati limiti di spesa, allegato sub A/2 alla citata DGRC n. ____ del __ luglio 2009;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative della DGRC n. ____/2009;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

1. La premessa é patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(oggetto)

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera da erogarsi nell'anno 2009 da parte della sottoscritta Casa di Cura _____ ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti dalla sottoscritta Casa di Cura _____, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. ____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. ____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

2. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalla sottoscritta Casa di Cura _____, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il fabbisogno di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalla sottoscritta Casa di Cura _____, corrisponde a n. _____ dimessi, di cui:
 - a) n. _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) n. _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il volume massimo di prestazioni erogabili in regime di ricovero ospedaliero dalla sottoscritta Casa di Cura _____ è, quindi, determinato in n. _____ dimessi, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2009 per il volume di prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura _____, determinato all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4.
2. Il limite di spesa per le prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover acquistare per i propri residenti dalla sottoscritta Casa di Cura _____, è fissato in € _____, di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
3. Il limite di spesa per le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalla sottoscritta Casa di Cura _____, è fissato in € _____ di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;
 - b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
4. Il limite di spesa per le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP dalla sottoscritta Casa di Cura _____, è fissato in € _____ di cui:
 - a) € _____ per prestazioni comprese nell'allegato B alla DGRC n. 800 del 16/3/2006, come integrato dalla ASL con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- b) € _____ per altre prestazioni di assistenza ospedaliera.
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, residenti all'estero ed STP di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla citata DGRC n. 517/2007, ed agli Enti deputati al rimborso delle prestazioni rese in mobilità internazionale o agli STP, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Le prestazioni di cui alla lettera a) dei precedenti commi 2, 3 e 4 concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, la regressione tariffaria derivante dall'eventuale superamento, a consuntivo, dei limiti stabiliti per le prestazioni di cui alla lettera a) dei commi 2, 3 e 4 del presente articolo, potrà essere parzialmente o interamente attenuata dalla quota del limite di spesa accantonata dalla ASL per tale finalità con l'allegata delibera n. ____ del _____ ai sensi della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008;

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario - fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con delibera dalla Giunta Regionale.
2. La allegata delibera della ASL n. ____ del __/__/2009 determina la ripartizione dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 per ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL e l'elenco dei DRG che la ASL ha scelto per integrazione dell'allegato B alla DGRC n. 800/06, secondo i criteri stabiliti dalla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
3. Le prestazioni rientranti nei limiti di spesa di cui al precedente art. 4 saranno remunerate a tariffa piena.
4. Le prestazioni eccedenti i limiti di spesa di cui al precedente art. 4 determineranno il contributo della sottoscritta Casa di Cura privata al superamento del limite di spesa assegnato alla ASL per la macroarea delle prestazioni in regime di ricovero ospedaliero, che la ASL prevede di dover complessivamente acquistare presso le Case di Cura private ubicate nel suo territorio. Pertanto, per tale importo, la sottoscritta Casa di Cura è impegnata ad emettere nota credito, ai sensi dell'allegato C) - Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. – alla DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.
5. La regressione tariffaria di cui al comma precedente potrà essere ridotta (finanche ad essere annullata) attraverso la ripartizione proporzionale – a consuntivo – della quota del limite di spesa accantonata dalla ASL, di cui al comma 6 del precedente art. 4, nella misura in cui i DRG compresi nell'allegato B alla DGRC n. 800/06, integrati con gli ulteriori DRG definiti nella allegata delibera della ASL, saranno stati erogati da ciascuna Casa di Cura privata operante nella ASL, fermo restando il rispetto complessivo della Regressione Tariffaria Unica – R.T.U. in vigore dal 1 gennaio 2008 ai sensi della sopra citata DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008.

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

6. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate..

Art. 6

(istituzione e compiti del Tavolo Tecnico)

1. Con la finalità di monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto, è istituito un tavolo tecnico composto da n. _____ membri di cui n. _____ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _____ membri nominati dalla ASL.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) stesura di protocolli aventi l'obiettivo di regolamentare l'attività del singolo settore;
 - b) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle strutture e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - c) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nel precedente art. 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.

Art. 7

(attività del Tavolo Tecnico)

1. Con cadenza mensile la ASL comunicherà al tavolo tecnico di cui all'art. 6 ed a tutte le altre AA.SS.LL. della Regione i dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture ubicate nel territorio aziendale a cittadini non residenti (mobilità attiva).
2. Con cadenza almeno bimestrale, la ASL comunicherà altresì, al tavolo tecnico ed alle singole strutture erogatrici del proprio territorio – in via telematica, sul sito *Internet* della ASL e, per la situazione al 31 agosto dell'anno corrente, a mezzo raccomandata A.R. da inviare a ciascuna struttura privata entro il 30 settembre dell'anno in corso - i volumi remunerabili a tariffa piena, i volumi residui e la stima, in corso d'anno ed a consuntivo,

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

della eventuale parte di fatturato di ciascuna Casa di Cura privata, che costituisce contributo al superamento dei limiti di spesa di cui al precedente art. 4, ai fini della applicazione della R.T.U. – Regressione Tariffaria Unica (di cui all'allegato C della DGRC n. 1268 del 24 luglio 2008).

3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le Case di Cura private si impegnano a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 9.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. I limiti di spesa di cui all'art. 4 sono suscettibili di aggiornamento con i criteri stabiliti dalla DGRC n. 517/2007 e richiamati nel comma 5 del precedente art. 4.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le diverse strutture, non è consentito ad una singola Casa di Cura, se non sulla base di adeguate motivazioni (la cui valutazione è affidata alla ASL, con obbligo di riferire al tavolo tecnico di cui all'art. 6), di incrementare il fatturato a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello registrato nel corrispondente periodo dell'anno precedente; fermo restando che, in caso di valutazione positiva da parte della ASL, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa).

Art. 9

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alle sottoscritte Case di Cura un acconto pari (al massimo, stante la produzione resa) ad un dodicesimo mensile del limite di spesa fissato al precedente art. 4, comma 1.
2. La sottoscritta Casa di Cura maturerà il diritto al pagamento delle suddette fatture mensili di acconto entro trenta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono; la fatturazione del saldo di tutte le fatture mensili di acconto potrà essere effettuata solo dopo aver ricevuto dalla ASL, entro il 30 aprile dell'anno successivo, la determinazione del saldo liquidabile in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni e previa determinazione definitiva della eventuale regressione tariffaria di cui al precedente art. 4, comma 6. La fattura di saldo non potrà essere emessa dalla sottoscritta Casa di Cura per un importo maggiore di quello liquidato dalla ASL e dovrà essere pagata dalla ASL entro i trenta giorni successivi. Qualora insorgano da parte della sottoscritta Casa di Cura contestazioni delle decurtazioni operate dalla ASL in sede di liquidazione del saldo annuale (fermo restando quanto previsto al successivo art. 11), la medesima dovrà astenersi dal fatturare anche la parte non riconosciuta, e la ASL avrà il diritto di chiederne lo storno entro trenta giorni, in attesa dell'esito della contestazione.
3. Una volta verificate le fatture di acconto, la ASL notificherà l'addebito delle eventuali irregolarità alla sottoscritta Casa di Cura, la quale provvederà - se del caso - ad emettere la relativa nota di credito a favore della ASL, consentendo la liquidazione del conguaglio a

Allegato A\4

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

saldo. A fini di regolarità contabile, la liquidazione del conguaglio è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota di credito.

Art. 10

(efficacia del contratto)

1. La remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate dalla sottoscritta Casa di Cura è subordinata alla sottoscrizione del presente contratto.
2. Il presente contratto si riferisce a tutto l'anno 2009 in esecuzione della deliberazione di Giunta regionale n. ____/2009.
3. Il presente contratto sarà adeguato alle eventuali modifiche della delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 11

(norme finali)

1. Per ogni controversia riguardo l'attuazione del presente contratto le parti potranno adire esclusivamente il Foro competente per il territorio in cui ha sede la ASL.
2. Le parti, nel sottoscrivere il presente contratto, rinunciano espressamente agli effetti di eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti e, dunque, ad eccezione dei giudizi arbitrali già incardinati, si obbligano ad adire il giudice ordinario o amministrativo per qualunque controversia dovesse insorgere in merito alla applicazione o interpretazione dell'accordo di cui al comma 1 o di accordi pregressi, anche relativamente a pretese aventi ad oggetto il rapporto di provvisorio accreditamento, le articolazioni organizzative dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, la quantità, la tipologia e le modalità di erogazione delle prestazioni, il mancato o ritardato pagamento delle prestazioni, il rapporto di accreditamento istituzionale.
3. La sottoscritta Casa di Cura dichiara espressamente di conoscere la citata delibera della Giunta Regionale n. ____ del __ luglio 2009.

_____, ____ / ____ / 2009 (Luogo e data)

Timbro e firma della ASL

Timbro e firma del legale rappresentante del

ALLEGATO B

Verbale del 22 novembre 2007

Il giorno 22 novembre 2007, alle ore 11.00, convocata del Dirigente del Settore Programmazione Sanitaria con lettera del 19.11.07 prot. n. 980623, si è tenuta una riunione con i Referenti Aziendali per i Tetti di Spesa, per discutere degli aspetti controversi concernenti la determinazione degli sconti ex lett. o) del comma 796 dell'art.1 L. 296/2006 (legge Finanziaria 2007) sulle prestazioni di specialistica 2007 e dell'applicazione della regressione tariffaria, nel rispetto dei Tetti di spesa ex DGRC 517/2007.

Sono presenti:

per l'Assessorato alla Sanità:

Dott. Giancarlo Favro Ghidelli

Dott. Luigi Riccio

Dr.ssa Carmela Cardella

per le Aziende Sanitarie Locali:

i Referenti Aziendali per i Tetti di Spesa, delegati dalle seguenti ASL:

AV1: Gennaro Di Pietro; **AV2:** Rosa Martino; **BN1:** Arnaldo Falato; **CE1:** Michele Tari; **CE2:** G. Mascolo; **NA2:** Pasquale Bove; **NA3:** Francesco Stilo; **NA4:** Ernesto Esposito; **SA1:** Francesco Avitabile; **SA2:** Carmelina Scaramuzza; **SA3:** Bartolomeo Troncone; **ASSENTI NON GIUSTIFICATI:** i delegati delle ASL **NA1** e **NA5**.

Dopo approfondita discussione, i rappresentanti dell'Assessorato alla sanità ed i rappresentanti delle Aziende Sanitarie Locali hanno concordato i seguenti chiarimenti tecnici, cui le ASL si atterranno nella applicazione dei tetti di spesa 2007:

1. La Legge Finanziaria per il 2007 (lett. o) del comma 796 dell'art. 1 L. 296/2006) recita testualmente *“a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto”*.

Pertanto, per ogni singola prestazione si avrà:

tariffa scontata = tariffa regionale (DGRC 378/98 per le prestazioni di radiodiagnostica e DGRC 1874/98 per tutte le altre) **MENO** l'importo dello sconto, calcolato in percentuale (2%, oppure 20%, a seconda dei casi) della tariffa di cui al DMS 22.07.96.

Per facilitare la determinazione degli importi da sottrarre a titolo di sconto dalla remunerazione delle singole prestazioni, sul sito del Ministero della Salute è stata pubblicata la tabella con il dettaglio degli sconti da applicare alle prestazioni specialistiche ambulatoriali. Il sito è il seguente:

www.ministerosalute.it/resources/static/news/880/ultimo_corretta_finanziaria_specialistica.pdf

Si consiglia di assicurarsi che le fatture emesse dai centri privati evidenzino separatamente l'ammontare del ticket incassato dalla struttura privata accreditata e l'ammontare dello sconto praticato.

ALLEGATO B

Verbale del 22 novembre 2007

2. Per le prestazioni riportate nella DGRC 1874/98 e non presenti nel citato DMS, in quanto costituenti livelli aggiuntivi di assistenza, lo sconto sarà applicato sulla tariffa pubblicata al momento dell'introduzione delle prestazioni.
3. Per quanto concerne la trasformazione in euro delle tariffe espresse in lire, si rammentano le apposite norme statali e specificamente il Decreto Legislativo 24 giugno 1998, n. 213 "Disposizioni per l'introduzione dell'EURO nell'ordinamento nazionale, a norma dell'articolo 1, comma 1, della legge 17 dicembre 1997, n. 433 all'art. 4, rubricato "Importi in lire contenuti in norme vigenti" hanno disciplinato la materia prevedendo che:

"A decorrere dal 1° gennaio 1999, quando un importo in lire contenuto in norme vigenti che stabiliscono tariffe, prezzi amministrati o comunque imposti non costituisce autonomo importo monetario da pagare o contabilizzare ed occorre convertirlo in euro, l'importo convertito va utilizzato con almeno:

- a) cinque cifre decimali per gli importi originariamente espressi in unità di lire;
b) quattro cifre decimali per gli importi originariamente espressi in decine di lire;
c) tre cifre decimali per gli importi originariamente espressi in centinaia di lire;
d) due cifre decimali per gli importi originariamente espressi in migliaia di lire"*

4. Le varie prestazioni specialistiche sono soggette a diverse aliquote di sconto (2% o 20%). Si è posto il problema di come debba essere ripartito l'eventuale onere ulteriore, necessario per rispettare i tetti di spesa 2007: in particolare, si è posto il problema se tale ripartizione debba essere effettuata tenendo conto o meno del maggiore sconto già applicato sulle tariffe di alcune prestazioni della specialistica. Al riguardo, ai fini della applicazione della Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.) per il rispetto dei Tetti di spesa 2007, si concorda che la determinazione dell'importo con cui i diversi centri privati concorrono all'eventuale sfioramento del tetto di spesa 2007 sia effettuata sul loro fatturato al lordo (PRIMA) dello sconto ex lettera o) del comma 796 dell'art. 1 L. 296/2006, con le modalità di calcolo esemplificate nell'esempio allegato.

L'incontro termina alle ore 13.30. Del che è verbale. Letto, approvato e sottoscritto.

ESEMPIO:

Centro	Fatturato	%	Sconto	Netto	%	tetto 1	effetto	tetto 2	T2 > Netto	Riparto T2 > Netto	NETTO TETTO	effetto
A	100	33%	2	98	35%	92	-8%	87		3	90	-10%
B	100	33%	20	80	29%	75	-25%	87	7		80	-20%
C	100	33%	0	100	36%	94	-6%	87		3	90	-10%
totale	300	100%	22	278	100%	260	-13%	260	7	7	260	-13%
						rip. Su net		rip. Su lordo				
totale	300		7%	93%		87%		87%			87%	
tetto	260	-13%										
Netto												
Sconto	278	-7%										

Parere del 21 novembre 2008



MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione CAMPANIA per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

Rif. Regione CAMPANIA-150-03/11/2008-0000487-A

**Rif. prec.: CAMPANIA-DGPROG-17/10/2008-0000462-P
CAMPANIA-150-29/09/2008-0000430-A
CAMPANIA-150-29/09/2008-0000429-A
CAMPANIA-DGPROG-16/09/2008-0000384-P
CAMPANIA-150-30/07/2008-0000331-A
CAMPANIA-DGPROG-28/07/2008-0000326-P**

Provvedimento relativo all'intervento: 3.1. *“ Applicazione della normativa sui tetti di spesa ” – DGR n. 1268/08 avente ad oggetto: “Piano 2007-2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti di spesa: integrazioni ed aggiornamenti della disciplina recata dalla delibera n. 517 del 30 marzo 2007 per le prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati”*

Oggetto: Ordinanza del TAR Campania n. 2703/2008 emessa sul ricorso n.r.g. 4998/2008 promosso da numerose case di cura private operanti nella Regione Campania per l'annullamento della DGR n. 1268/2008

PARERE

La Regione ha trasmesso, con invio del 3 novembre 2008, prot. 487-A, l'ordinanza n. 2703/2008 emessa dal TAR Campania nel ricorso promosso da varie case di cura private accreditate per ottenere l'annullamento del provvedimento della Regione Campania di fissazione dei volumi delle prestazioni sanitarie (per gli anni 2008-2010) e dei correlati limiti di spesa (DGR n. 1268/2008).

Si osserva che tale ordinanza rappresenta, da una parte, un precedente significativo e positivo nell'ambito del contenzioso in esame, in quanto potrebbe costituire una sorta di anticipazione della decisione nel merito del giudizio, in senso favorevole all'Amministrazione regionale.

Dall'altra parte però il testo del provvedimento, emesso nella fase cautelare del giudizio, rileva ed evidenzia l'attuale criticità in cui versa il sistema dell'accreditamento istituzionale e della concessione, ad operatori privati, dell'erogazione di prestazioni del servizio sanitario regionale, a parziale copertura del fabbisogno sanitario individuato a livello regionale.

Si richiama al riguardo il “rilevato”, contenuto nella parte motiva dell'ordinanza in esame, che così testualmente reca: *“Rilevato, con riferimento alle esigenze cautelari prospettate, che la stipulazione dei contratti per l'erogazione di prestazioni sanitarie non implica acquiescenza, o comunque*

Parere del 21 novembre 2008

accettazione, dei tetti di spesa presupposti, essendo gli stessi stati contestati attraverso l'impugnazione della relativa delibera regionale di fissazione".

In altri termini, secondo il TAR Campania, gli operatori privati che abbiano impugnato provvedimenti regionali programmatori in materia di tetti e budget delle prestazioni sanitarie da acquistare dal settore privato, pur sottoscrivendo successivamente il contratto con la competente ASL per l'erogazione di specifiche prestazioni sanitarie richieste (e ciò nell'ambito di budget predefiniti dalla regione, in applicazione di tariffe anch'esse prefissate a livello regionale), **non prestano quiescenza**, ossia non accettano con fatti/atti concludenti (costituiti dalla dichiarazione negoziale espressa con la sottoscrizione del contratto con la ASL) gli atti programmatori regionali che costituiscono - logicamente e strumentalmente - gli elementi fondamentali presupposti, di poi trasfusi nei singoli contratti.

Se, in ipotesi, i ricorsi promossi dalle strutture sanitarie private venissero accolti, ciò comporterebbe l'annullamento della individuazione, operata a livello regionale, delle quantità di prestazioni sanitarie bisognevoli al SSR nell'anno di riferimento, tenuto conto dei fabbisogni, delle risorse finanziarie disponibili e dei soggetti erogatori - pubblici e privati - in grado di fornire tali prestazioni.

I contratti, successivamente conclusi sulla base di quelle determinazioni programmatiche regionali, verrebbero di conseguenza travolti dall'intervenuto annullamento giudiziario dei provvedimenti regionali impugnati, in quanto uno degli elementi fondamentali, sui quali le parti del contratto hanno prestato il loro consenso (nella specie, la quantità di prestazioni acquistabili dal SSR, indicata con il budget annualmente prestabilito per ogni singolo operatore), verrebbe a decadere, ad opera di un soggetto terzo estraneo al contratto (in questo caso l'autorità giudiziaria), senza poter essere, detto elemento contrattuale, sostituito né *ex lege*, né con semplici automatismi applicativi, richiedendo invece, l'individuazione di tale elemento contrattuale, una riprogrammazione ed una rivalutazione dei fabbisogni e delle risorse disponibili, di competenza precipua della Regione.

Consentire agli operatori privati di sottoscrivere il contratto, onde sottrarsi alla sanzione della sospensione dell'accreditamento comminata dall'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-*quinquies* dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito in Legge n. 133/2008), pur avendo gli stessi operatori sollevato espresse riserve su elementi (peraltro fondamentali) del contratto o pur avendo, sempre gli stessi operatori, impugnato i prodromici provvedimenti dell'amministrazione regionale (onde conseguire, per via giudiziaria, un risultato concreto differente da quello per il quale si sono impegnati sottoscrivendo il contratto con il SSR), comporterebbe, fra l'altro:

- l'elusione il dettato normativo introdotto dal citato D.L. 112/2008;
- la sottoposizione della programmazione sanitaria regionale all'alea dei giudizi instaurati dagli operatori privati;
- la sottomissione della Regione ad onorare contratti che, nel corso della loro esecuzione, potrebbero dover essere rivisti in base all'esito al giudizio, qualora quest'ultimo venisse ad incidere su un elemento fondamentale del contratto;
- l'inibizione - di fatto - di una corretta e preventiva programmazione dei costi economici - finanziari a carico del SSR.

E' evidente, in siffatta situazione, il contrasto e la contraddittorietà fra la dichiarazione, espressa dalla parte privata con la firma del contratto, e l'effettiva (contraria) volontà, sempre di parte privata, di non accettare alcuni elementi essenziali del contratto sottoscritto. Tale **contraria volontà** (non costituita da una pura riserva mentale) è **manifesta**, laddove - dal contraente privato - vengono sollevate espresse riserve o viene rimesso al sindacato dell'autorità giudiziaria la (ri)determinazione di elementi contrattuali nel corso dell'esecuzione del contratto sottoscritto, ed eventualmente in parte già eseguito.

Parere del 21 novembre 2008

L'invalidità di tali contratti è altrettanto evidente, alla luce dei principi generali in materia di negozi giuridici.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono, dato il tenore dell'ordinanza in esame, visto il comportamento contraddittorio tenuto dal contraente privato, pare sussistano validi motivi affinché l'Amministrazione pubblica, ai sensi dell'art. 21 *sexies* della L. 241/1990, **receda** dai contratti già sottoscritti dagli operatori privati che abbiano espresso riserve sugli atti programmatici regionali (con valenza anche individuale sulle singole strutture sanitarie) o che non abbiano espressamente rinunciato alle azioni giudiziarie intraprese o che in ipotesi potrebbero intraprendere.

Per gli operatori che non avessero ancora sottoscritto il contratto nel termine indicato dall'Amministrazione regionale, eventuali riserve formulate, o la mancata espressa rinuncia al contenzioso instaurato dall'operatore, potrebbe essere interpretato dalla Amministrazione come volontà di non sottoscrivere il contratto; ne conseguirebbe la sospensione dell'accreditamento ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D.Lgs. 502/1992 sopra citato.

Si ritiene quindi che un intervento dell'Amministrazione regionale si imponga, onde evitare l'elusione, da parte degli operatori privati, del dettato normativo sopra richiamato, ed onde legittimamente svincolarsi da contratti, connotati da una aleatorietà che non è propria della tipologia contrattuale in esame (data la pendenza del contenzioso su un elemento essenziale del contratto), che non consentono una corretta gestione e programmazione della connessa spesa pubblica.

Sotto quest'ultimo aspetto, si richiama quanto evidenziato dal Tavolo tecnico e dal Comitato LEA in occasione della riunione del 10 ottobre 2008 per cui, attesa la situazione sopra esaminata, *“si configura un rischio di tenuta dei tetti di spesa, valutabile in ulteriori 40 milioni di euro”* (ulteriori cioè rispetto ai presunti 50 milioni di euro, di minor risparmio derivante dall'effettivo andamento della produzione degli erogatori privati; cfr. pag. 4 del verbale della riunione del 10.10.2008).

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, tenuto conto che, si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia quanto segue :

IN CONSIDERAZIONE DELLA ORDINANZA DEL TAR CAMPANIA N. 2703/2008, SI RENDE NECESSARIO L'INTERVENTO DELLA REGIONE ONDE EVITARE:

- 1) L'ELUSIONE, DA PARTE DEGLI OPERATORI PRIVATI, DEL DETTATO DELL'ART. 8-QUINQUIES, COMMA 2 QUINQUIES, DEL D. LGS. 502/1992 (INTRODOTTO DAL COMMA 1-QUINQUIES DELL'ART. 79 DEL D.L. 112/2008, CONVERTITO IN LEGGE N. 133/2008);**
- 2) L'ESECUZIONE DI CONTRATTI INVALIDI PER CONTRASTO FRA VOLONTA' E DICHIARAZIONE RESA DAGLI OPERATORI PRIVATI;**
- 3) LA MANCATA TENUTA DEI TETTI DI SPESA, COME INDICATO NELLA RIUNIONE DELLO SCORSO 10 OTTOBRE 2008.**

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo

Roma, 21.11.2008

CAMPANIA-DGPROG-21/11/2008-0000498-P

Parere del 3 dicembre 2008



MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE E DELLE POLITICHE SOCIALI
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione CAMPANIA per l'approvazione del Piano di rientro dai disavanzi e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311

Rif. Regione CAMPANIA-150-17/11/2008-0000494-A
CAMPANIA-150-17/11/2008-0000493-A

Rif. prec.: CAMPANIA-DGPROG-21/11/2008-0000498-P
CAMPANIA-150-03/11/2008-0000487-A
CAMPANIA-DGPROG-17/10/2008-0000462-P
CAMPANIA-150-29/09/2008-0000430-A
CAMPANIA-150-29/09/2008-0000429-A
CAMPANIA-DGPROG-16/09/2008-0000384-P
CAMPANIA-150-30/07/2008-0000331-A
CAMPANIA-DGPROG-28/07/2008-0000326-P

Provvedimento relativo all'intervento: 3.1. *“ Applicazione della normativa sui tetti di spesa” – DGR n. 1268/08 avente ad oggetto: “Piano 2007-2009 di Rientro dal disavanzo sanitario, volumi di prestazioni sanitarie 2008, 2009 e 2010 e correlati limiti di spesa: integrazioni ed aggiornamenti della disciplina recata dalla delibera n. 517 del 30 marzo 2007 per le prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali acquistano da privati accreditati e/o provvisoriamente accreditati”*

Oggetto: Circolare dell'Assessore alla Sanità avente ad oggetto: *“DGR n. 1268/2008”*

PARERE

Premesso che:

- in occasione della verifica trimestrale, effettuata nella riunione del 10 ottobre 2008, era emerso che *“le associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale e della riabilitazione, riunite nel Coordinamento Federsanità, hanno indicato che la sottoscrizione dei protocolli d'intesa e dei relativi contratti “non costituisce in alcun modo acquiescenza alle condizioni nel protocollo, né alle disposizioni indicate nella Delibera Regionale n. 1268/08” (cfr. pag. 4 del verbale della riunione);*
- la Regione Campania ha trasmesso (con prot. 487-A del 3 novembre 2008) l'ordinanza n. 2703/2008, emessa il 22 ottobre 2008 dal TAR Campania, nel ricorso promosso da varie case di cura private accreditate per ottenere l'annullamento del provvedimento regionale di fissazione dei volumi delle prestazioni sanitarie (per gli anni 2008-2010) e dei correlati limiti di spesa (DGR n. 1268/2008);
- in ordine alla suddetta ordinanza è stato formulato il **parere prot. 498– P del 21 novembre 2008** con cui si è evidenziata la necessità di un intervento della Regione onde evitare:

Parere del 3 dicembre 2008

- 1) l'elusione, da parte degli operatori privati, del dettato dell'art. 8-*quinqüies*, comma 2 *quinqüies*, del D. Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-*quinqüies* dell'art. 79 del d.l. 112/2008, convertito in legge n. 133/2008);
- 2) l'esecuzione di contratti invalidi per contrasto fra volontà e dichiarazione resa dagli operatori privati;
- 3) la mancata tenuta dei tetti di spesa, come indicato nella riunione dello scorso 10 ottobre 2008.

Con il **prot. 493-A del 17 novembre 2008** la Regione ha trasmesso la **circolare assessorile del 16 ottobre 2008**, prot. 3228, avente ad oggetto "*D.G.R.C. n. 1268/2008*", con cui è stato richiesto ai Direttori Generali delle AA.SS.LL di acquisire, dalle strutture private accreditate che abbiano posto riserve o condizioni al consenso prestato nel contratto, una "*dichiarazione negoziale unilaterale nella quale dovrà essere precisato che, con riferimento alle riserve espresse (..) si ribadisce la volontà del soggetto di accettazione di tutte le condizioni ed i termini contenuti nel contratto, così come sottoscritto dalle parti, ferme restando le possibili conseguenze derivanti da eventuali pronunce giurisdizionali relative alla DGR n. 1268/08 e/o agli atti conseguenti e connessi*".

Con la suddetta circolare assessorile è stato anche richiesto alle AA.SS.LL. di far pervenire in Regione, entro il 27 ottobre 2008: - a) la corrispondenza intercorsa con le strutture private accreditate; b) i contratti nuovamente sottoscritti; c) le dichiarazioni richieste alle strutture private.

Con il **prot. 494-A del 17 novembre 2008** la Regione ha trasmesso delle dichiarazioni rese da alcune strutture private ... (*omissis*) ... dichiara di aver sottoscritto il contratto "*al solo fine evitare la sospensione del rapporto di accreditamento vigente con il Servizio sanitario Regionale*", mantenendo fermi ed impregiudicati i propri diritti e le azioni contro i provvedimenti (sia regionali che della ASL), ivi compreso il recupero di crediti maturati e maturandi.

Si osserva preliminarmente che la circolare assessorile, presumibilmente adottata a seguito dei rilievi formulati da questi Ministeri in occasione della verifica del 10 ottobre scorso, è stata inviata un mese dopo la sua diramazione alle AA.SS.LL. e solo dopo essere pervenute alcune dichiarazioni unilaterali delle strutture private.

Si rileva inoltre che la suddetta circolare assessorile risulta essere stata impugnata avanti al TAR Campania dalle strutture private accreditate.

Il tenore di detta circolare, in particolare laddove fa salve "*le possibili conseguenze derivanti da eventuali pronunce giurisdizionali relative alla DGR n. 1268/08 e/o agli atti conseguenti e connessi*", non produce effetti dirimenti sulla questione dell'invalidità di contratti sottoscritti dagli erogatori privati ma dai medesimi "*contestati*", mediante apposizione di riserve e/o condizioni, ovvero mediante il ricorso all'autorità giudiziaria (sulla invalidità di tali contratti si sono già espressi questi Ministeri con il parere prot. 498-P del 21 novembre 2008 che si richiama integralmente).

Il fare "*salvi*" gli eventuali esiti dei ricorsi promossi dagli erogatori privati, come previsto nella circolare in esame, lascia inopportunosamente aperta la problematica di contratti sottoscritti a condizioni che – in termini, modi e tempi non prevedibili - potrebbero essere in tutto o in parte modificati dalla pronuncia giurisprudenziale; la dichiarazione unilaterale richiesta dalla Regione alle strutture private accreditate avrebbe invece dovuto essere "*tombale*", nel senso di ottenere una dichiarazione con cui gli erogatori privati - esplicitamente e chiaramente – rinuncino ad ogni contestazione (giudiziale o stragiudiziale), riserva o condizione dai medesimi apposta agli atti programmatori regionali ed al contratto proposto dalla Regione; in carenza di tale dichiarazione, alla struttura privata accreditata dovrebbe essere sospeso il rapporto di accreditamento.

Parere del 3 dicembre 2008

D'altro lato, secondo le palesate intenzioni degli erogatori privati, la sottoscrizione dei contratti, fatta al solo fine di evitare la sospensione del rapporto di accreditamento, costituisce una illegittima elusione della previsione normativa contenuta nell'art. 8-*quinquies*, comma 2 *quinquies*, del D. Lgs. 502/1992, come già evidenziato nel citato parere ministeriale prot. **498-P del 21.11.2008**.

Si rileva quindi che le dichiarazioni unilaterali rese successivamente dalle strutture private (prot. 494-A), peraltro con una formulazione della cui validità giuridica si dubita, non paiono risolutive della problematica, laddove tali dichiarazioni non contengono anche una espressa rinuncia alle azioni giudiziarie promosse (o minacciate) dagli erogatori privati.

Si richiama al riguardo il “rilevato”, contenuto nella parte motiva della sopra citata ordinanza n. 2703/2008, emessa il 22 ottobre 2008 dal TAR Campania, che così testualmente reca: “*Rilevato, con riferimento alle esigenze cautelari prospettate, che la stipulazione dei contratti per l'erogazione di prestazioni sanitarie non implica acquiescenza, o comunque accettazione, dei tetti di spesa presupposti, essendo gli stessi stati contestati attraverso l'impugnazione della relativa delibera regionale di fissazione*”.

Ciò premesso e rilevato, si ritiene che le iniziative ad oggi assunte dalla Regione non siano sufficienti né risolutive della suddetta problematica.

Sulla scorta delle considerazioni che precedono, dato il tenore della suddetta ordinanza, visto il comportamento contraddittorio che il contraente privato continua a mantenere con riferimento alla sottoscrizione dei contratti ed al contestuale mantenimento delle azioni intraprese contro gli atti programmatori regionali, pare sussistano validi motivi affinché l'Amministrazione pubblica adotti – **anche in via di autotutela** – idonei provvedimenti tesi anche a sanzionare, con la sospensione del rapporto di accreditamento, gli erogatori privati che abbiano espresso riserve sugli atti programmatori regionali o che non abbiano espressamente rinunciato alle azioni giudiziarie intraprese o che in ipotesi potrebbero intraprendere.

Alla luce di quanto sopra si ritiene quindi che:

- ✓ le strutture accreditate, che abbiano espresso una dichiarazione unilaterale sulla base della circolare assessorile del 16 ottobre 2008, siano invitate a riformulare detta dichiarazione prevedendo l'espressa rinuncia alle azioni giudiziarie intraprese (o eventualmente minacciate);
- ✓ alle strutture accreditate, che abbiano mantenuto ferme le riserve, le contestazioni e le azioni giudiziarie intraprese (o minacciate), sia sospeso il rapporto di accreditamento, non essendosi perfezionato il contratto.

Si comunica, di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, tenuto conto che, si tratta di provvedimento necessario ai fini del rispetto delle scadenze previste in materia quanto segue :

SI RICHIAMA IL PARERE MINISTERIALE RESO IL 21 NOVEMBRE 2008 (PROT. 498-P) E SI RIBADISCE LA NECESSITA' DI UN IDONEO, TEMPESTIVO E RISOLUTIVO INTERVENTO – ANCHE IN VIA DI AUTOTUTELA - DELLA REGIONE CAMPANIA ONDE EVITARE:

- **L'ELUSIONE, DA PARTE DEGLI OPERATORI PRIVATI, DEL DETTATO DELL'ART. 8-QUINQUIES, COMMA 2 QUINQUIES, DEL D.LGS. 502/1992 (INTRODOTTO DAL COMMA 1-QUINQUIES DELL'ART. 79 DEL D.L. 112/2008, CONVERTITO IN LEGGE N. 133/2008);**

Parere del 3 dicembre 2008

- **L'ESECUZIONE DI CONTRATTI COMUNQUE INVALIDI ATTESO IL PERSISTENTE CONTRASTO FRA VOLONTA' E DICHIARAZIONE NEGOZIALE RESA DAGLI OPERATORI PRIVATI;**
- **LA MANCATA TENUTA DEI TETTI DI SPESA, COME INDICATO NELLA RIUNIONE DEL 10 OTTOBRE 2008.**

A TAL FINE SI RITIENE QUINDI CHE:

- **LE STRUTTURE ACCREDITATE, CHE ABBIANO ESPRESSO UNA DICHIARAZIONE UNILATERALE SULLA BASE DELLA CIRCOLARE ASSESSORILE DEL 16 OTTOBRE 2008, SIANO INVITATE A RIFORMULARE DETTA DICHIARAZIONE PREVEDENDO L'ESPRESSA RINUNCIA ALLE AZIONI GIUDIZIARIE INTRAPRESE (O EVENTUALMENTE MINACCIATE);**
- **ALLE STRUTTURE ACCREDITATE, CHE ABBIANO MANTENUTO FERME LE RISERVE, LE CONTESTAZIONI E LE AZIONI GIUDIZIARIE INTRAPRESE (O MINACCIATE), SIA SOSPESO IL RAPPORTO DI ACCREDITAMENTO, NON ESSENDOSI PERFEZIONATO IL CONTRATTO.**

Il Direttore Generale della
programmazione sanitaria
dei livelli di assistenza e dei
principi etici di sistema
Dott. Filippo Palumbo

Roma, 3 dicembre 2008

CAMPANIA-DGPROG-16/12/2008-0000530-P