

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2011, N. 1097

**Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio
in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica** 2

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2011, N. 1108

**Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica
ambulatoriale e delle relative tariffe** 21

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2011, N. 1097

Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- la Legge n. 251 del 10/8/2000, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica";

- il D.M. 740/94 "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o" che individua la figura dell'ostetrica/o come l'operatore sanitario in grado di assistere e consigliare la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio;

Visti:

- il decreto legislativo n. 206 del 6/11/2007, "Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania" che all'art. 48, comma 2, autorizza, tra l'altro, le ostetriche ad accertare e sorvegliare la gravidanza diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica, ad effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale, nonché a prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanza a rischio;

- il decreto ministeriale 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";

Visto lo schema di Piano Sanitario nazionale 2011-2013, approvato, su proposta del Ministro della salute, dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 21 gennaio 2010, che, nell'ambito del percorso nascita, prevede tra l'altro la prescrivibilità delle analisi per la gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica;

Preso atto inoltre delle Linee Guida sulla gravidanza fisiologica elaborate dal Sistema Nazionale Linee Guida e dall'Istituto Superiore di Sanità (SNLG - ISS) per il miglioramento della pratica clinica;

Rilevato che il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione dell'Assemblea legislativa n. 175 del 22 maggio 2008, conferma l'equipe del Consultorio familiare come il punto di riferimento distrettuale per la salute sessuale/relazionale e riproduttiva e quale garante della continuità dell'iter diagnostico-terapeutico per le/gli utenti ed, in particolare, del monitoraggio della gravidanza fisiologica;

Richiamate inoltre le proprie deliberazioni:

- n. 309 del 1/3/2000 "Assistenza distrettuale - Approvazione Linee guida di attuazione del Piano Sanitario Regionale 1999-2001" che individua il Consultorio familiare come struttura operativa nel Dipartimento delle cure primarie per la promozione della salute della donna, della coppia e della famiglia, in integrazione con gli altri servizi distrettuali, ospedalieri, con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, assicurando anche interventi socio-sanitari;

- n. 2142 del 28/11/2000 "Semplificazione dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" che prevede la facilitazione dei percorsi assistenziali per superare la frammentazione degli interventi promuovendo un modello organizzativo omogeneo ed integrato che tenda a ridurre, nei limiti del possibile, gli accessi alle strutture a quelli necessari ad effettuare prestazioni sanitarie attraverso la revisione delle procedure amministrative e la predisposizione della modulistica interna strutturata in funzione dell'organizzazione aziendale ma coerente con la normativa vigente;

- n. 533 del 21/4/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita" che individua l'ostetrica/o come competente all'assistenza/sorveglianza delle gravidanze a basso rischio;

- n. 1803 del 16/11/2009 "Indicazioni generali alle Aziende sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale (DSA)" che fornisce indicazioni dirette a garantire l'attivazione ed il funzionamento del Day Service ambulatoriale (DSA) secondo criteri omogenei facendo ricorso alla modulistica interna il cui utilizzo è limitato di norma all'ambito aziendale; individua due tipologie di Day Service ambulatoriale il DSA1 e il DSA2 (per i requisiti delle tipologie di Day Service ambulatoriale si rimanda alla delibera regionale n. 1803/2009) ovvero il DSA1 è rivolto ai pazienti con sintomatologia di nuovo esordio o che presentano forme di riattivazione/scompenso della patologia di base, mentre il DSA 2 è rivolto ai pazienti che richiedono valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo predefinito, in termini di tipologia di prestazioni coinvolte e di cadenza temporale, costituito da un numero di episodi di DSA2 corrispondente al numero di valutazioni periodiche;

- n. 427 del 6/4/2009 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008 - 2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali" che individua l'ostetrica come la figura professionale preparata per offrire un percorso di continuità alla donna ed al suo bambino, attraverso interventi coerenti e appropriati;

Considerato pertanto che le modificazioni avvenute in ambito normativo e formativo hanno dato maggior autonomia all'ostetrica rendendo tale figura professionale idonea ad assumere la responsabilità assistenziale delle gravide a basso rischio sulla base di protocolli e procedure formalizzate e di provata efficacia;

Preso atto che:

1. il percorso di presa in carico della gravidanza è riconducibile al DSA2 di cui alla citata delibera n. 1803/09 in quanto richiede una valutazione periodica e programmata da parte del professionista che ha in carico la donna sulla base di un protocollo clinico e organizzativo definito;
2. la gravidanza, accertata a basso rischio dal medico come da art. 48 del DLgs 206/07, ha appropriatamente come riferimento la figura dell'ostetrica;

Ritenuto pertanto utile far rientrare tale percorso gravidanza a basso rischio nell'ambito del Day Service ambulatoriale con DSA2 a gestione ostetrica;

Valutato pertanto che, riconoscendo l'autonomia e la responsabilità assistenziale dell'ostetrica nella gravidanza a basso rischio nell'ambito del Day Service ambulatoriale, individua tale modalità organizzativa quale ambito per consentire all'ostetrica l'interpretazione del ruolo secondo le indicazioni sopra richiamate, per la condizione della gravidanza a basso rischio;

Richiamata, la propria delibera n. 2002 del 20 dicembre 2007 “Direttiva alle Aziende Sanitarie per il rispetto dell’adempimento relativo alla sostituzione della modulistica ‘deburow’ per la specialistica ambulatoriale di cui alla DGR 2035/06” che prevede che le prescrizioni nell’ambito del Day Service Ambulatoriale potranno essere ancora redatte con l’apposita modulistica, finalizzata a favorire i percorsi organizzativi di accesso facilitato e la piena presa in carico dell’assistito, nel rispetto dell’appropriatezza dei protocolli diagnostico-terapeutici;

Richiamate, le proprie delibere n. 1035 del 20 luglio 2009 “Strategia regionale per il miglioramento dell’accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale in applicazione della DGR 1532/06” e n. 925 del 27 giugno 2011 “Piano regionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012” che ribadiscono l’importanza del Day service ambulatoriale, quale modello organizzativo finalizzato alla presa in carico e al trattamento di casi clinici che richiedono un intervento diagnostico o diagnostico-terapeutico articolato, interdisciplinare che consente anche il riordino delle liste di attesa;

Ritenuto quindi, sulla base delle considerazioni sopra esposte e dei vincoli posti dall’applicazione del protocollo 04 di adesione al comma 11 art. 50 D.L. 269/03, di ridefinire il modello organizzativo del Day Service Ambulatoriale attraverso indicazioni, di cui all’allegato contenente “Indicazioni alle Aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2”, dirette a garantire l’attivazione ed il funzionamento secondo criteri omogenei facendo ricorso alla modulistica interna il cui utilizzo è limitato di norma all’ambito aziendale;

Ritenuto quindi, sulla base delle considerazioni sopra esposte e al fine di rendere omogeneo il percorso della gravidanza a basso rischio nell’ambito del Day Service ambulatoriale, di approvare il

documento “Indicazioni alle Aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2” allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Valutato che le indicazioni di cui al presente provvedimento:

- trovano fondamento nella normativa vigente che disciplina le attività dell’ostetrica;
- risultano coerenti con il percorso formativo dell’ostetrica stessa;

e che le attività previste vengono svolte garantendo un contesto organizzativo e i necessari profili di sicurezza a tutela dell’operatore e della gestante;

Richiamate le proprie deliberazioni 1057/06, 1663/06, 2416/08 e succ. mod., 1173/09 e 1377/10;

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell’Assessore alle Politiche per la salute, Carlo Lusenti;

a voti unanimi e palesi,

delibera:

1. di approvare le “Indicazioni alle Aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell’ostetrica”, in allegato quale parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

2. di stabilire che le indicazioni del presente atto decorrono dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna;

3. di pubblicare il presente atto, comprensivo dell’allegato, nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna.

Allegato**Indicazioni alle Aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica**

Premessa

Campo di applicazione.

Aspetti organizzativi generali.

Descrizione del percorso.

SCHEDA 1 - DIAGRAMMA DI FLUSSO.

SCHEMA A - ESAMI PREVISTI PER IL PROTOCOLLO DI ACCESSO ALLA GRAVIDANZA IN DSA2.

SCHEDA 2 - FAC SIMILE - MODULO PER LA PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDANZA A GESTIONE DELLA OSTETRICA IN DAY SERVICE AMBULATORIALE (DSA2).

SCHEDA 3 - FAC SIMILE - Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro/visita.

SCHEDA 4 - FAC SIMILE - Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° e 2° controllo/visita.

Modulistica utilizzata nell'ambito del percorso relativo alla gravidanza a basso rischio.

FAC SIMILE - MODULISTICA DSA2 GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO.

Debiti informativi

Indicatori

Monitoraggio

Premessa

In molti paesi è diffusa e consolidata l'assistenza delle ostetriche alla gravidanza a basso rischio. In una revisione sistematica di studi clinici controllati randomizzati (11 studi, 12.276 donne) modelli assistenziali con presa in carico della gravidanza da parte di ostetriche, rispetto a modelli convenzionali di assistenza specialistica, sono risultati associati a una riduzione dei ricoveri ospedalieri in gravidanza, del ricorso all'analgesia in travaglio, della frequenza di episiotomie e parti operativi, della durata del ricovero ospedaliero del neonato e associati a un incremento dei parti vaginali spontanei, della percezione di controllo durante il travaglio e di inizio dell'allattamento al seno, senza differenze statisticamente significative nel ricorso al taglio cesareo¹.

In Italia, con il DM 740/94 il legislatore ha cercato di inquadrare il campo di attività proprio della figura professionale dell'ostetrica. A questo decreto hanno fatto seguito successivi provvedimenti legislativi, in cui la gravidanza fisiologica viene collocata a pieno titolo nell'ambito delle sue competenze, che essa esercita in termini di autonomia e responsabilità.

Esistono infatti prove di efficacia che mostrano come il coinvolgimento dello specialista, dove non vi siano complicanze, non migliori l'outcome materno-neonatale².

Richiamandosi a queste prove, documenti diffusi da agenzie sanitarie (Organizzazione mondiale della sanità, WHO³; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, NCC-WCH⁴; Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, SNLG-ISS⁵) hanno indicato nell'assistenza fornita dall'ostetrica un intervento con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo.

Nonostante queste premesse, la figura dell'ostetrica compare solo in minima parte nella pratica dell'assistenza alla gravidanza in Italia. Una indagine condotta in 25 Aziende sanitarie locali di 11 Regioni italiane (3534 donne) ha osservato una percentuale di donne assistite principalmente da un'ostetrica pari a 3%⁶.

In ambito regionale lo sviluppo della professione ostetrica è avvenuto attraverso l'avvio di esperienze innovative che hanno concorso, da una parte, ad aumentare l'autonomia professionale dell'ostetrica/o, e dall'altra, ad acquisire una significativa visibilità e autorevolezza sia sotto il profilo delle competenze gestionali sia sotto il profilo delle competenze clinico-assistenziali.

In questo contesto si è cercato di individuare gli strumenti e le modalità operative, mutuandole anche da esperienze avviate nell'ambito della specialistica ambulatoriale per il DSA⁷, che permettano all'ostetrica di assistere la donna durante il periodo della gravidanza a basso rischio.

¹ Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD004667

² Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP, Gülmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD000934

³ Health Evidence Network (HEN), What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement). Copenhagen: World Health Organization; 2005

⁴ National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline. Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2008

⁵ Sistema Nazionale Linee Guida – Istituto Superiore di Sanità (SNLG-ISS). Gravidanza fisiologica. Linea guida. Roma: ISS, 2010. Testo integrale all'indirizzo: http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010 (data di consultazione: 04.07.2011)

⁶ Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A. Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto obiettivo materno infantile (Pomi). Testo integrale all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/convegno28apr2010.asp> (data di consultazione: 04.07.2011).

⁷ Il DSA2 previsto per la gravidanza a basso rischio risponde ai requisiti della delibera 1803/2009 in quanto è caratterizzato da un protocollo predefinito con il presupposto della complessità organizzativa

Le presenti indicazioni hanno infatti l'obiettivo di fornire indicazioni per rendere omogenei all'interno delle aziende i percorsi di presa in carico della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica in regime di DSA2.

Campo di applicazione

Il percorso di presa in carico della gravidanza fisiologica da parte dell'ostetrica in regime di DSA2, è rivolto alle donne che abbiano una gravidanza "*diagnosticata come normale da un soggetto abilitato alla professione medica.*"⁸

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica si svolge internamente al contesto del lavoro di équipe in un modello organizzativo che garantisca la collaborazione tra le diverse professionalità coinvolte nella nascita e in cui sono definiti i ruoli assunti da parte di ogni professionista dell'équipe stessa.

A garanzia della pluridisciplinarietà dell'équipe dovranno essere definite le modalità organizzative per l'accesso alle prestazioni programmate ed in particolare alle consulenze del ginecologo, anche programmando nelle medesime giornate la presenza nel consultorio dell'ostetrica e del ginecologo.

L'assistenza alla gravidanza a basso rischio, da parte dell'ostetrica richiede valutazioni periodiche programmate sulla base di un protocollo predefinito, validato a livello aziendale/provinciale.

Gli accertamenti previsti sono quelli contenuti nella normativa vigente per l'accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità, per la gravidanza fisiologica.

Aspetti organizzativi generali

La presa in carico della donna gravida avviene mediante accesso diretto anche telefonico. L'ostetrica, al primo incontro, come da DGR n. 533/08, accoglie la donna e provvede all'attivazione del DSA2, attraverso la compilazione dell'apposito modulo (**SCHEDA 2**). L'attivazione del DSA2 da parte dell'ostetrica comporta:

- primo colloquio informativo,
- compilazione della cartella della gravidanza
- offerta dell'esecuzione del pap-test (se non eseguito negli ultimi 3 anni)
- richiesta degli esami laboratoristici previsti dalla normativa vigente per il 1° trimestre e secondo il protocollo di primo accesso definito dalla Commissione Nascita (vedi **SCHEMA A**), acquisito il parere dei professionisti, e recepito formalmente dalla Direzione sanitaria aziendale (**MODULO 1° TRIM**).

L'ostetrica provvede inoltre a richiedere, garantendo la presa in carico della donna e programmandone l'appuntamento, la consulenza dello specialista ai fini della valutazione del rischio, che avviene sulla base dell'anamnesi, degli esami laboratoristici, degli aspetti clinici emersi e della compilazione della scheda allegata (**SCHEDA 3**).

⁸ Art.48 D.Lgs 206/2007

Il medico specialista, se la gravidanza è diagnosticata a basso rischio, conferma la presa in carico della donna da parte dell'ostetrica che ha avviato il DSA2.

Questa prosegue quindi il DSA2 per la gravidanza a basso rischio, predispose il piano assistenziale e programma gli appuntamenti per i successivi controlli. Il piano assistenziale sarà rivisto e aggiornato ad ogni controllo successivo sulla base della rivalutazione del rischio tramite la scheda allegata (**SCHEDA 4**).

Nel caso permanga una gravidanza a basso rischio, la donna rimane all'interno del percorso DSA2 a gestione ostetrica fino al termine della gravidanza.

Qualora, in qualunque momento, si ravveda una devianza dalla fisiologia, l'ostetrica chiede una consulenza al ginecologo di riferimento al seguito della quale si decide se proseguire il percorso DSA2 a gestione ostetrica o uscirne.

Il percorso si conclude:

- con l'invio della donna gravida all'ambulatorio della gravidanza a termine del punto nascita prescelto;
- in caso di interruzione spontanea della gravidanza;
- in caso di deviazione dalla fisiologia e quindi passaggio a una presa in carico da parte dello specialista ginecologo che attiverà un DSA2 specialistico come da DGR 1803/09.

Per la formalizzazione della conclusione del DSA2 a gestione ostetrica si potrà utilizzare il modulo allegato (**SCHEDA 2**).

Descrizione del percorso

L'accesso al servizio avviene con modalità di accesso diretto, anche tramite contatto telefonico, presso i Consultori familiari o altra struttura ambulatoriale individuata dall'Azienda sanitaria. La prima visita (primo incontro) va effettuata preferibilmente non oltre il 15° giorno dalla data di richiesta salvo diversa valutazione sulla base dell'epoca gestazionale. Si veda anche il **DIAGRAMMA DI FLUSSO (SCHEDA 1)** che segue per le tappe fondamentali del percorso.

1° incontro: Preferibilmente entro la 10^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conoscenza della gestante/coppia ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Avvio del DSA2 secondo il protocollo di primo accesso recepito formalmente dalla Direzione Sanitaria (vedi Schema A) con compilazione della SCHEDA 2 ➤ Apertura della cartella gravidanza ➤ Anamnesi ➤ Presentazione percorso ➤ Informazioni su: piano assistenziale, stili di vita, alimentazione, diritti delle lavoratrici, corsi d'accompagnamento alla nascita e servizi/interventi di supporto alla genitorialità ➤ Informazioni sulla diagnosi prenatale ➤ Proposta di esecuzione del pap test (se non eseguito negli ultimi tre anni) ➤ Prima valutazione del rischio (SCHEDA 3 parte dell'ostetrica) ➤ Prescrizione e programmazione prestazioni come da protocollo di primo accesso (MODULO 1° TRIM) ➤ Programmazione e richiesta della consulenza dello specialista

2° incontro Preferibilmente entro la 12^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Specialista
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Esame obiettivo ➤ Valutazione clinico anamnestica ➤ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica ➤ Validazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 3 parte del medico)
<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<p>in caso di certificazione gravidanza a basso rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Condivisione/discussione del piano assistenziale <p>In caso di certificazione gravidanza non a basso rischio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ chiusura del DSA2 con compilazione della SCHEDA 2 ➤ programmazione del 1° incontro DSA2 a conduzione medica/specialistica (se non già indicato alla donna dallo specialista)

3° incontro Preferibilmente entro la 18^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4) ➤ Aggiornamento della cartella gravidanza ➤ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria) ➤ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

4° incontro Preferibilmente entro la 24^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4) ➤ Aggiornamento della cartella gravidanza ➤ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria) ➤ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

5° incontro Preferibilmente entro la 28^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4) ➤ Aggiornamento della cartella gravidanza ➤ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria) ➤ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

6° incontro Preferibilmente entro la 32^a settimana

<i>Conduzione/responsabilità:</i>	Ostetrica
<i>Scopi e contenuti:</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4) ➤ Aggiornamento della cartella gravidanza ➤ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino e visita ostetrica (se necessaria) ➤ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

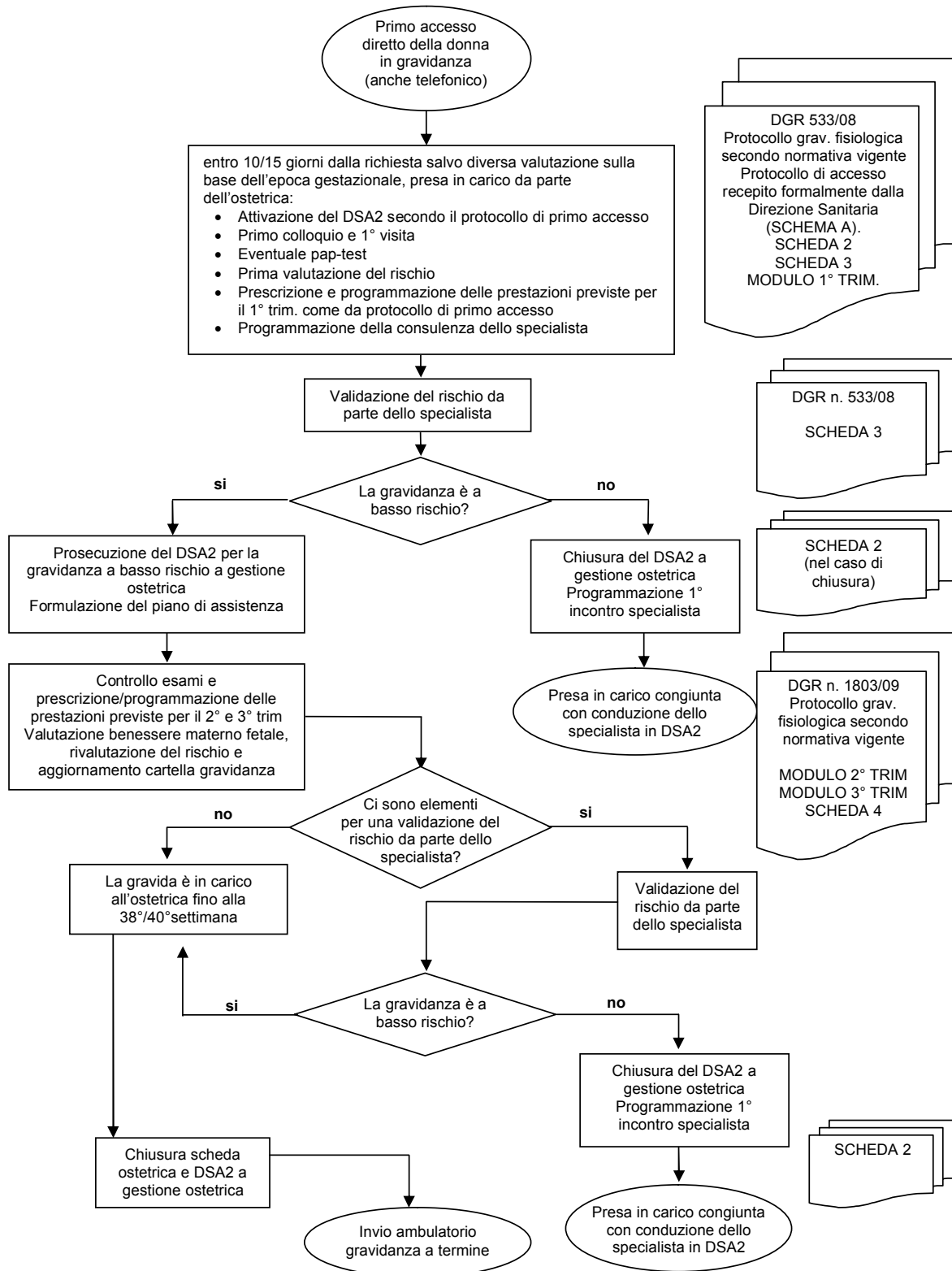
7° incontro Preferibilmente entro la 36^a settimana

Conduzione/responsabilità:	Ostetrica
Scopi e contenuti:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Accoglienza, ascolto e risposte a domande e dubbi ➤ Raccordo anamnestico/Rivalutazione del rischio attraverso compilazione scheda allegata (SCHEDA 4) ➤ Aggiornamento della cartella gravidanza ➤ Monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), controllo sviluppo uterino, test perineale e visita ostetrica (se necessaria) ➤ Valutazione delle prestazioni richieste dall'ostetrica

8° incontro Preferibilmente entro la 38^a settimana

Conduzione/responsabilità:	Ostetrica
Scopi e contenuti:	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Valutazione stato di salute e accrescimento fetale, visita ostetrica valutazione esami, monitoraggio gravidanza (Peso, PA, S-F, BCF), test perineale . ➤ Aggiornamento della cartella gravidanza ➤ Chiusura DSA2 e compilazione della SCHEDA 2 ➤ Invio all'ambulatorio della gravidanza a termine

SCHEDA 1 DIAGRAMMA DI FLUSSO



SCHEMA A

ESAMI PREVISTI PER IL PROTOCOLLO DI ACCESSO ALLA GRAVIDANZA IN DSA2

- EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
- ELETTROFORESI Hb
- GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione preconcezionale
- ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) (S)*
- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) (S/U)*
- VIRUS ROSOLIA ANTICORPI: in caso di IgG negative, ripetere entro la 17A settimana
- TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg. fino al parto
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) (VDRL) (RPR): qualora non eseguite in funzione preconcezionale esteso al partner
- VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA (HIV 1-2) ANTICORPI
- GLUCOSIO (S/P/U/dU/La) glicemia plasmatica a digiuno
- URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
- URINOCULTURA
- ECOGRAFIA OSTETRICA°
- ANTICORPI ANTI ERITROCITI (Test di Coombs indiretto): in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO, il test deve essere ripetuto alla 34a-36a settimana
- TEST COMBINATO°, eseguito entro: translucenza nucale (10+0 - 13+6); hCG (10+0 - 12+6); PAPP-A (10+0 - 12+6)
- SCREENING CLAMIDIA, HCV e GONORREA in gravide con fattori di rischio
- PAP TEST, se non eseguito nei tre anni precedenti

**per identificare donne a rischio di infezione da HCV; da non offrire se sono presenti altri fattori (anamnestici) di rischio di infezione da HCV*

°per le donne che scelgono di fare il test combinato, le Aziende sanitarie debbono organizzare le prenotazioni in modo che l'ecografia per la translucenza nucale venga erogata come ecografia del primo trimestre

Le prestazioni sopra elencate, indicate per il primo trimestre (e comunque al primo controllo) nell'allegato B del D. M. 10 settembre 1998⁹, ovvero nella Linea Guida *Gravidanza fisiologica* elaborata dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, sono escluse dalla partecipazione alla spesa in quanto erogate per il monitoraggio della gravidanza a tutela della maternità.

In particolare si precisa per il Test combinato che la DGR 533/08 (obiettivo 1) ne promuove la diffusione in quanto permette un aumento dell'efficienza dei programmi di diagnosi prenatale, riservando invece il ricorso ai test invasivi a rischi definiti. Questo garantisce alle pazienti indagini adeguate e nel contempo costi più contenuti per il SSR, a fronte di una prevista diminuzione dei test invasivi eseguiti (amniocentesi o villocentesi). L'esame consente quindi una riduzione dei rischi ostetrici legati alla tecnica invasiva nonché una riduzione dei costi. A fronte di tale previsione l'esenzione dalla partecipazione alla spesa prevista per l'ecografia ostetrica del primo trimestre (come da D. M. 10 settembre 1998) è applicabile anche alla prestazione "Test Combinato".

⁹ "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità"

SCHEDA 2**FACSIMILE****MODULO PER LA PRESA IN CARICO DELLA GRAVIDANZA A GESTIONE DELL'OSTETRICA IN DAY SERVICE AMBULATORIALE (DSA2)**

Azienda sanitaria.....

Struttura

Primo accesso per la validazione del rischio da parte dello specialista come da protocollo di accesso recepito formalmente dalla Direzione Sanitaria.

La Sig.ra.....

Nata a il

Residente a.....via.....

telefono.....

Codice Fiscale.....

Presenta stato di gravidanza allasettimana di amenorrea.

Programmati esami e consulenza dallo specialista

Data..... Luogo.....

L'ostetrica

A seguito della valutazione del rischio da parte dello specialista (vedi scheda 3) si prosegue il percorso assistenziale in DSA2 per gravidanza a basso rischio.

Data ¹⁰ Luogo.....

Si conclude il percorso assistenziale in DSA2 per gravidanza a basso rischio

Devianza dalla fisiologia ● Aborto spontaneo ● Gravidanza a termine ●

Data Luogo

L'ostetrica.....

¹⁰ questa data deve essere uguale o successiva a quella della scheda 3

SCHEDA 4**FACSIMILE****Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° e 2° controllo/visita****NOME E COGNOME della donna** _____

Controllo n.....

Epoca gestazionale settimane:

Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy)	SI	NO
Abuso di fumo o alcool	SI	NO
Disagio sociale/disagio psichico	SI	NO
Patologie psichiatriche	SI	NO
Malattie autoimmuni	SI	NO
Isoimmunizzazione MF	SI	NO
Dati di laboratorio anomali	SI	NO
Asma severa	SI	NO
Malattie Infettive sistemiche	SI	NO
Infezioni urinarie	SI	NO
Infezioni genitali	SI	NO
Tromboflebite	SI	NO
Ipertensione	SI	NO
Preclampsia, Eclampsia, HELLP	SI	NO
Diabete	SI	NO
Cardiopatie	SI	NO
Nefropatie/Uropatie	SI	NO
Malformazioni fetali	SI	NO
Ritardo di crescita intrauterine accertato o sospetto	SI	NO
Microsomia fetale	SI	NO
Presentazione anomala dopo la 32 ^a settimana	SI	NO
Oligo-polidramnios	SI	NO
Fibromi uterini sintomatici	SI	NO
Masse Pelviche sintomatiche	SI	NO
Sanguinamenti anomali	SI	NO
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio specificare quale _____	SI	NO

La gravidanza è a basso rischio: può proseguire il piano di assistenza in DSA2 a gestione ostetrica

La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella e la donna deve essere inviata per consulenza specialistica sulla base della quale verrà rivalutata;

Programmata visita specialistica in data _____

Data.....

L'ostetrica

Modulistica utilizzata nell'ambito del percorso relativo alla gravidanza a basso rischio

L'avvio del DSA2 a conduzione ostetrica avviene attraverso la compilazione da parte dell'ostetrica della **SCHEDA 2** "Modulo per la presa in carico della gravidanza a gestione dell'ostetrica in Day Service Ambulatoriale (DSA2)", e della **SCHEDA 3** "Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° e 2° incontro/visita", con validazione del medico, nonché della prescrizione degli accertamenti per primo trimestre (**MODULO 1° TRIM**) previsti dal protocollo di primo accesso recepito formalmente dalla Direzione Sanitaria (SCHEMA A). La **SCHEDA 3** dovrà essere validata dal medico che conferma il basso rischio e la prosecuzione del piano di assistenza a conduzione ostetrica ovvero, riscontrate condizioni di rischio, avvia il piano assistenziale a prevalente gestione medica (DSA2 come da DGR 1803/09).

In epoche successive questa valutazione viene effettuata a cura della sola ostetrica attraverso la **SCHEDA 4** "Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli ostetrici successivi al 1° e 2° controllo/visita".

Le prescrizioni nell'ambito del Day Service ambulatoriale (DSA2) possono essere redatte da parte dell'ostetrica con la modulistica allegata (**MODULO 1° TRIM, MODULO 2° TRIM, MODULO 3° TRIM**) sulla base dell'epoca gestazionale, secondo la normativa vigente in merito agli accertamenti previsti per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità e che consente di richiedere solo gli esami previsti.

La richiesta degli esami è finalizzata a favorire i percorsi organizzativi di accesso facilitato e la piena presa in carico della donna gravida a basso rischio nel rispetto dell'appropriatezza e dei protocolli assistenziali definiti a livello aziendale.

FACSIMILE**MODULISTICA DSA2 GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO****CODICE RICETTA** ●●●●●●●●●●●●●●●●●●●● (prestampato o in automatico)

Sig.ra

Residente aCodice Fiscale n.Gravidanza alla Settimana

MODULO 1° TRIM (come da protocollo di primo accesso)

	esami di laboratorio	c.e. *	diagnostica strumentale	c.e. *
PRIMO TRIMESTRE	<input type="checkbox"/>	• • •	<input type="checkbox"/>	• • •
	<input type="checkbox"/>	• • •	<input type="checkbox"/>	• • •
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		

* codice esenzione

MODULO 2° TRIM

	esami di laboratorio	c.e. *	diagnostica strumentale	c.e. *
SECONDO TRIMESTRE	14-16 sett dal.....al.....		19-21 sett dal.....al.....	
	<input type="checkbox"/>	• • •	<input type="checkbox"/>	• • •
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	esami di laboratorio n°	c.e. *		
	19-23 sett dal.....al.....			
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	esami di laboratorio n°	c.e. *		
	24-27 sett dal.....al.....			
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		

* codice esenzione

MODULO 3° TRIM

	esami di laboratorio	c.e. *	diagnostica strumentale	c.e. *
TERZO TRIMESTRE	28-32 sett dal.....al.....			
	<input type="checkbox"/>	• • •	<input type="checkbox"/>	• • •
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	esami di laboratorio	c.e. *		
	33-37 sett dal.....al.....			
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
	<input type="checkbox"/>	• • •		
esami di laboratorio n°	c.e. *			
38-40 sett dal.....al.....				
<input type="checkbox"/>	• • •			

* codice esenzione

Data.....L'ostetrica..... Codice fiscale ostetrica.....

Debiti informativi

Ciascuna Azienda sanitaria che attiva e formalizza il percorso di Day service a conduzione ostetrica (DSA2) secondo le indicazioni del presente atto lo trasmette al servizio regionale competente anche ai fini dell'inserimento nell'Archivio regionale dei Day Service ambulatoriali.

L'Azienda sanitaria trasmette al Servizio regionale competente l'elenco delle ostetriche (e relativi aggiornamenti), con Codice Fiscale, individuate per la gestione della gravidanza a basso rischio in DSA2.

L'attività erogata in DSA2 al pari della restante attività di Day service ambulatoriale e più in generale dell'attività specialistica sarà rilevata attraverso il flusso informativo della specialistica ambulatoriale (ASA).

Considerata la particolarità di questa modalità organizzativa per la tracciabilità del prescrittore e delle prestazioni erogate durante il percorso della gravidanza ci si dovrà attenere almeno alle seguenti indicazioni per la trasmissione in ASA:

Tipologia prescrittore = 09 (Ostetrica)

Codice fiscale prescrittore = indicare il codice fiscale dell'ostetrica

Quesito diagnostico ICD9 CM 2007 = V22 ed eventuali sottocategorie

Inoltre l'attività erogata in DSA2 sarà rilevata anche attraverso il sistema informativo dei consultori familiari (SICO) secondo le modalità previste, con riferimento all'Area di attività inerente la gravidanza a gestione ostetrica e al tipo di operatore che eroga prestazioni/consulti alla donna nell'ambito del Consultorio durante il periodo della gravidanza.

Indicatori

Si propongono di seguito alcuni indicatori che ciascuna Azienda sanitaria deve utilizzare per il monitoraggio delle gravidanze a basso rischio.

- 1) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio con attivazione DSA2 sul totale dei nati vivi
- 2) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio con attivazione DSA2 sul totale del n. donne che vengono prese in carico nei Consultori per la gravidanza
- 3) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2: analisi prestazioni per ciascun DSA2
- 4) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2 con attivazione DSA2 e chiusura DSA2 per gravidanza a termine sul totale delle donne seguite in DSA2
- 5) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2 con attivazione DSA2 e chiusura DSA2 per devianza fisiologia sul totale delle donne seguite in DSA2

6) N° donne che vengono prese in carico nei Consultori (o negli ambulatori dei presidi ospedalieri) dalle ostetriche per la gravidanza a basso rischio in DSA2 con attivazione DSA2 e chiusura DSA2 per aborto spontaneo sul totale delle donne seguite in DSA2

Monitoraggio

L'episodio del DSA2 per la gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica inizia con la prima visita dell'ostetrica, compilazione della **SCHEDA 2** - sezione 1 - e si conclude con la compilazione della **SCHEDA 2** - sezione 3 - per le seguenti condizioni:

- Devianza dalla fisiologia;
- Aborto spontaneo;
- Gravidanza a termine.

Si prevede la condivisione con le Aziende sanitarie di modalità operative al fine di tracciare in modo esaustivo nei sistemi informativi aziendali e conseguentemente nei flussi regionali correnti, l'unitarietà dell'episodio di DSA2 per la gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica. Tali modalità saranno oggetto di uno specifico monitoraggio della durata di un anno funzionale all'omogeneizzazione della tracciabilità degli episodi tra le diverse Aziende sanitarie.

Le verifiche della correttezza e completezza dei dati e delle modalità organizzative/operative saranno a cura della Commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso Nascita che si avvarrà dei Referenti aziendali/provinciali del Percorso nascita e del Gruppo tecnico regionale per il Day Service ambulatoriale¹².

A livello aziendale

Si dovrà prevedere che:

- ciascun percorso di DSA2 della gravidanza a basso rischio, sia formalizzato a livello aziendale/provinciale da parte della/e Direzione/i sanitaria/e secondo procedure che identifichino i responsabili nelle varie fasi e risponda alle caratteristiche descritte nella presente delibera
- il protocollo di primo accesso, acquisito il parere dei professionisti, sia recepito formalmente dalla Direzione sanitaria aziendale.
- la responsabilità della modalità organizzativa/erogativa del DSA2 della gravidanza a basso rischio sia ricondotta alle U.O. coinvolte e, complessivamente, alla Direzione sanitaria aziendale o alle Direzioni sanitarie nel caso di accordi tra più Aziende sanitarie
- la responsabilità della gestione dei percorsi dei DSA2 della gravidanza a basso rischio sia ricondotta alle U.O. coinvolte e al Dipartimento di cure primarie per l'ambito territoriale ovvero per l'ambito ospedaliero alla Direzione di Presidio o al Dipartimento di riferimento

¹² DGR 1803/2009 "Indicazioni generali alle Aziende sanitarie per l'attivazione, l'organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale" e DGR 925/2011 "Piano regionale di governo dei tempi di attesa per il triennio 2010-2012"

- vengano individuati le ostetriche che avranno titolo ad avviare il DSA2, a prendere in carico la donna durante l'intero periodo della gravidanza a basso rischio e a chiudere il DSA2

A livello regionale

La Commissione consultiva tecnico-scientifica sul Percorso Nascita ha il compito di valutare la congruenza dei percorsi adottati con gli obiettivi della DGR 533/2008, con le indicazioni della presente delibera.

Tramite i flussi regionali correnti, periodicamente, saranno effettuate le verifiche di congruenza dei percorsi aziendali presenti nell'archivio regionale e quelli trasmessi nella banca dati regionale, con particolare attenzione alle prestazioni erogate.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 27 LUGLIO 2011, N. 1108

Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle relative tariffe

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Visti:

- il DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” (LEA) ed in particolare l’Allegato 2 C, che prevede la possibilità organizzativa di erogare in regime ambulatoriale le prestazioni attualmente effettuate in regime di ricovero, nel rispetto dei criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell’utilizzo delle risorse;

- l’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (atto rep. n. 2271), in particolare l’articolo 4, comma 1, lettera b, con il quale si prevede l’adozione di provvedimenti finalizzati alla razionalizzazione della rete ospedaliera al fine di promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero;

- la Legge n. 296 del 27 dicembre 2006 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge finanziaria 2007), ed in particolare l’articolo 1, comma 797, lettera q;

- l’intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 (Repertorio n. 243/CSR), ed in particolare l’art. 6, comma 5 che, al fine di razionalizzare e incrementare l’appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri, individua con l’Allegato A, una lista di “Prestazioni ad alto rischio di in appropriatezza in regime di day surgery – trasferibili in regime ambulatoriale”;

- l’intesa del 2009 soprarichiamata prevede, tra l’altro, che: “le Regioni e le Province autonome provvedano a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari ed adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero”;

- la Legge n. 449 del 27 dicembre 1997, ed in particolare l’art. 35, comma 3;

Richiamate le proprie deliberazioni:

- n. 410 del 25 marzo 1997: “Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e relative tariffe”;

- n. 593 del 1 marzo 2000: “Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”;

- n. 2354 del 5 novembre 2001: “Adeguamento all’introduzione all’euro dei tariffari per “prestazioni ambulatoriali” e per “prestazioni rese dal dipartimento di sanità pubblica e dall’Arpa”;

- n. 262 del 24 febbraio 2003: “Modifica del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e determinazione delle quote di partecipazione alla spesa per le visite specialistiche”;

- n. 1065 del 31 luglio 2006: “Modifiche e integrazioni al nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche della branca di radioterapia. approvazione di linee guida generali per l’applicazione del nomenclatore tariffario regionale della branca di radioterapia”;

- n. 290 dell’ 8 febbraio 2010: “Revisione delle tariffe relative alle prestazioni dei centri ambulatoriali di riabilitazione (car) delle strutture ex art. 26 della l. 833/78. Ipotesi di ridefinizione dell’assistenza rivolta alle persone con disabilità, fisica, psichica e sensoriale”;

- n. 1779 del 2 novembre 2010 “Inserimento nel nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali delle prestazioni tsh - reflex e psa - reflex”;

Preso atto di quanto previsto dall’art. 79, comma 1-quinques, del DL 12/2008 convertito con la Legge 133/2008, che modifica le disposizioni per la determinazione delle tariffe massime per l’assistenza specialistica ed il ricovero ospedaliero da parte delle regioni, prevedendo la semplificazione delle modalità di determinazione delle tariffe con possibilità di utilizzare anche costi standard e tariffari già disponibili presso le regioni;

Considerato pertanto che per le prestazioni individuate dall’Allegato A del Patto per la salute del 2009 sopracitato, le tariffe potessero essere determinate modulandole sulla base di quelle individuate per le analoghe prestazioni erogate in day surgery e considerando al contempo i tariffari già disponibili presso altre regioni;

Ritenuto inoltre di trasferire ulteriori prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale determinandone le relative tariffe, o attraverso una modulazione delle tariffe ospedaliere per prestazioni analoghe laddove non esistevano tariffe, negli altri casi le tariffe discendono dal superamento di precedenti assimilazioni con introduzione del codice specifico o dall’accorpamento per pacchetti di singole prestazioni già esistenti;

Dato atto che al fine di valutare l’impatto quantitativo, sia in termini numerici che economici, del trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, è stata analizzata e considerata “trasferibile” la casistica facente riferimento all’erogato in regime di day surgery o ordinario di un giorno in soggetti di età superiore a 17 anni, in cui il codice della prestazione rappresenta la sola procedura codificata all’interno della scheda nosologica, e che i dati di tale analisi sono agli atti del Servizio Presidi Ospedalieri e del Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari della Direzione generale Sanità e Politiche Sociali;

Rilevato inoltre, per esigenze di appropriatezza prescrittiva, la necessità di individuare codici di visita specialistica specifici per ciascuna branca, per le quali si mantengono le tariffe vigenti;

Considerato altresì opportuno procedere agli adeguamenti tariffari di prestazioni già esistenti Tab. 2, e alle integrazioni/modifiche di dizione di prestazioni già esistenti Tab. 3;

Preso atto che, ai sensi dell’art. 6, comma 5, dell’Intesa Stato Regioni del dicembre 2009 sopra citata, gli inserimenti di nuove prestazioni inclusi quelle di chirurgia ambulatoriale sono assoggettati al sistema di partecipazione alla spesa da parte dei cittadini;

Ritenuto pertanto di adempiere a quanto sopra indicato attraverso l’integrazione del Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui alla DGR 410/97 e successive modificazioni;

Rilevato inoltre che la proposta definita è stata dettagliatamente vagliata nelle sue ricadute economiche dai Servizi regionali competenti;

Ritenuto di fare proprie le argomentazioni in premessa, si procede pertanto alla revisione del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con le modifiche dettagliate nell’Allegato 1, parte integrante e

sostanziale del presente atto, che riguardano:

- l'inserimento di nuove prestazioni individuate dal "Patto per la salute per gli anni 2010-2012" (Intesa Stato-Regioni 3/12/2009) TAB 1a;
- l'inserimento di nuove prestazioni erogabili in regime ambulatoriale TAB 1b;
- l'inserimento dei codici delle visite specifiche di ciascuna branca TAB 1c;
- gli adeguamenti tariffari di prestazioni di piccola chirurgia già esistenti TAB 2;
- le integrazioni di dizione delle prestazioni TAB 3;

Ritenuto inoltre di stabilire che i contenuti del presente atto abbiano effetto con decorrenza dal primo giorno del mese successivo a quello di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT;

Vista la propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 e smi, "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera 450/2007";

Dato atto del parere allegato;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la Salute Carlo Lusenti;

a voti unanimi e palesi

delibera:

1. di apportare, sulla base delle motivazioni indicate in premessa e qui integralmente richiamate, le modifiche e le integrazioni al Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo le denominazioni, i codici e le tariffe analiticamente riportati nelle tabelle di cui all'allegato n. 1 che formano parte integrante e sostanziale del presente atto;

2. di stabilire, inoltre, per le patologie croniche invalidanti (DM 329/99 e ssm.) la dove previste, l'esenzione delle visite di controllo individuate con i codici specifici e riportate in Tabella 1c;

3. di stabilire che le modificazioni e le integrazioni introdotte con il presente atto decorrano dal primo giorno del mese successivo a quello di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT;

4. di pubblicare il presente atto, comprensivo dell'Allegato n. 1, nel Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna - BURERT.

*Modifiche e integrazioni al
Nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale*

Premessa

Il presente provvedimento, riguardante l'aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ha tratto ispirazione per le codifiche delle nuove prestazioni dall'elenco definito nell'ambito del progetto "Classificazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale", avviato dal Ministero della Salute, all'interno del più ampio progetto dei mattoni¹ finalizzato al ridisegno del Nuovo Sistema Informativo Sanitario da realizzare su tutto il territorio nazionale, al quale hanno contribuito le società scientifiche e gli esperti individuati dalle regioni.

Nell'ambito del progetto citato è stata realizzata una sorta di "manutenzione" del Nomenclatore tariffario esistente, con lo scopo di eliminare le prestazioni ritenute obsolete, di introdurre nuove prestazioni rese disponibili dall'evoluzione delle tecnologie; di modificare definizioni, proprietà, attributi, condizioni di erogabilità, ecc., delle prestazioni attualmente presenti nel nomenclatore.

L'intervento di revisione ha tenuto conto anche dei nuovi contesti organizzativi (ridefinizione di day-hospital, day-surgery, chirurgia ambulatoriale, ecc.), in particolare per quanto riguarda la possibilità di erogare in un contesto ambulatoriale prestazioni che fino ad oggi erano erogabili in regime di ricovero.

Uno dei contributi del progetto, che qui si è voluto richiamare, è stato quello di aver cercato di recuperare quel linguaggio comune a livello nazionale, ricorrendo per la codifica delle prestazioni al sistema di classificazione ICD-9-CM, per garantire la confrontabilità delle informazioni rilevate a livello delle diverse regioni.

Per quelle prestazioni o pacchetti di prestazioni, non considerate nell'ambito del progetto citato, ritenute necessarie per monitorare in maniera puntuale specifici programmi regionali (es. Direttiva sul percorso nascita) le prestazioni sono state codificate, sempre sulla base del sistema di classificazione ICD-9-CM, ma con le modalità in uso presso la Regione Emilia-Romagna che prevede il ricorso ad un codice a sei cifre senza punti separatori.

Le modifiche effettuate sono riportate all'interno delle tabelle seguenti:

- **TABELLA 1 - NUOVI INSERIMENTI**
 - 1.a "Patto per la salute per gli anni 2010-2012"
 - 1.b Nuovi inserimenti di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale
 - 1.c Visite specifiche per branca
- **TABELLA 2 – ADEGUAMENTI TARIFFARI DI PRESTAZIONI GIÀ ESISTENTI**
- **TABELLA 3 – INTEGRAZIONI/MODIFICHE DI DIZIONE DELLA PRESTAZIONE**

¹ Il Progetto "MATTONI SSN" venne approvato in Conferenza Stato Regioni nella seduta del 10 Dicembre 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

LEGENDA DEI CONTRASSEGNI IN "NOTA" UTILIZZATI	
<i>contrassegni come da D.M. 22.07.96</i>	
Escluso:	Le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione
Incluso:	Il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice
Codificare anche:	Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificato in aggiunta.
NAS:	Non altrimenti specificato
*	indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida riportate nell'allegato 2 del decreto integrate dai provvedimenti regionali.
A	Indica l'accorpamento per profilo di trattamento di due o più prestazioni, come identificate nell'allegato 1. Tali accorpamenti, con le tariffe corrispondenti, dovranno essere specificamente codificati.
H	indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso le istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti
R	indica le prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti
<i>integrazioni della Regione Emilia-Romagna</i>	
I	indica le prestazioni erogabili, ad integrazione di quelle individuate con il D.M. 22.07.96
Rr	indica le ulteriori prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti
**	indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida definite a livello regionale
as	evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.07.96
as 1	evidenzia le assimilazioni a prestazioni già contemplate con il D.M. 22.07.96 per prestazioni per le quali è previsto l'utilizzo di ulteriori procedure che debbono essere codificate in aggiunta
m	evidenzia le diverse tipologie di visita specialistica, con tariffa rideterminata
m1	evidenzia le altre tipologie di prestazioni specialistiche, con tariffa rideterminata

TABELLA 1 - NUOVI INSERIMENTI:**1.a "Patto per la salute per gli anni 2010-2012" (Accordo stato-regioni 03/12/2009)**

Allegato A (cfr. Articolo 6, comma 5)

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.054,00
CHIRURGIA GENERALE	I HR	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE Incluso: Visita anestesiologicala, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1.140,00
NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.800,00
OCULISTICA	I H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	1.100,00
OCULISTICA	I H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	1.100,00
OCULISTICA	I**	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico) Incluso: impianto di lenti, visite e prestazioni pre e post intervento Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	918,00
**Per i pazienti con anisometropia grave (superiore a 4-5 diottrie) Per i pazienti portatori di vizio refrattivo di tipo miopico che hanno sviluppato intolleranza grave alle lenti a contatto e la cui occupazione lavorativa è assolutamente incompatibile con l'utilizzo di lenti tradizionali				
OCULISTICA	I H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE Incluso: impianto lenti, anestesia, visite e prestazioni pre e post intervento. Non codificabile in associazione a 95.13 "Biometria"	918,00
OCULISTICA	I H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO ARTIFICIALE.	850,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.500,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento,	1.500,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
			medicazioni, rimozione punti, visita di controllo ed eventuale shaving cartilagineo	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
CHIRURGIA VASCOLARE ORTOPIEDIA E TRAUMATOLOGIA	I HR	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1.300,00
UROLOGIA	I H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Prima seduta . Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2.	770,00
UROLOGIA	I H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Per seduta successiva alla prima . Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1.	400,00
UROLOGIA	I H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta . Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	400,00

1.b Nuovi inserimenti di prestazioni erogabili in regime ambulatoriale

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA GENERALE	I	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	67,80
ENDOCRINOLOGIA				
CHIRURGIA PLASTICA	I**	868101	TRATTAMENTO DELLA LIPODISTROFIA LOCALIZZATA	650,00
** Il trattamento è riservato esclusivamente a pazienti con HIV sintomatico in trattamento antiretrovirale.				
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I H	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	26,55
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I H	38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I H	38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO Escluso trombosi dell'ostio.	600,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA/ NEFROLOGIA	I H	38.94	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port].Incluso: radiografia di controllo	284,90
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA/ NEFROLOGIA	I H	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	284,90
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA/ NEFROLOGIA	I H	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	154,90
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I**	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA Non associabile a cod. 88.75.1 ecografia dell' addome inferiore	70,00
La prestazione è esente ai sensi del D. M. 10 settembre 1998 "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";				
** Obiettivo 2 della DGR n° 533 del 21/04/2008 "Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita" : predisporre un percorso razionale della diagnostica ecografica delle anomalie morfologiche fetali, ivi inclusa la possibilità di eseguire gli opportuni approfondimenti diagnostici finalizzati ad una migliore definizione della prognosi e alla offerta di un adeguato e tempestivo counselling alla donna.				
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA ORTORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE Incluso: Visita anestesologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1300,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.42.4	TC DEL CUORE SENZA MDC Incluso: Cod 88.90.2 Ricostruzione tridimensionale tc	106,40
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC Incluso: Cod 88.90.2 Ricostruzione tridimensionale tc Non associabile a cod. 87.42.4 cod 87.42.6 TC coronarografia	158,05
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.42.6	TC CORONAROGRAFIA SENZA E CON MDC Incluso: Cod 88.90.2 Ricostruzione tridimensionale tc Non associabile a cod 88.42.5 TC del cuore senza e con mdc	158,05
Con le tre nuove prestazioni (codd. 87.42.4, 87.42.5 e 87.42.6) vengono superate le assimilazioni (as1) riguardanti la TC cuore Multistrato individuate con: i codd. (87.41 + 88.90.2) e (87.41.1 + 88.90.2)				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a Tomografia Computerizzata (Tc) Dell' Addome Superiore cod.88.01.1 E Tomografia Computerizzata (Tc) Dell' Addome Superiore, Senza E Con Contrasto cod. 88.01.2	176,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I**	88.01.9	TC COLON SENZA MDC Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	120,00
<p>** L'indicazione principale alla colonscopia virtuale è nello studio del colon in individui che non hanno completato la colonscopia tradizionale per eccessiva lunghezza del colon, presenza di neoformazioni occludenti, angolature determinate da esiti d'intervento chirurgico o da ernia addominale, e nei casi d'intolleranza del paziente.</p> <p>Può essere inoltre preferita all'esame tradizionale nei soggetti fragili e/o anziani; ad esempio un paziente con malattia cardiopolmonare in terapia con anticoagulanti dovrebbe vedere preferita la colonscopia virtuale all'esame tradizionale, più traumatico, dove è alto il rischio di un sanguinamento non controllabile, nella diverticolite quando rischioso l'esecuzione di una colonscopia tradizionale.</p> <p>Non interessa per la stadiazione preoperatoria.</p>				
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a 88.95.1, 88.95.2, 88.95.4, 88.95.5	300,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	IR*	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a Ecografia dell' Addome Superiore cod. 88.74.1, Ecografia dell' Addome Inferiore cod 88.75.1 e Ecografia Addome Completo 88.76.1	84,00
*Morbo di Crohn ed Invaginazione del piccolo intestino				
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	I**	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	850,00
** Nei casi di sanguinamento oscuro, dopo EGDS e colonscopia totale negative.				
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	I	904260	TRIPTASI (metodo immunometrico) [S]	15,50
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E	**A I Rr	913810	ANALISI MUTAZIONALE GENE BRCA1 (TEST COMPLETO) Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE	1600,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.			SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali 91.38.1 RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913811	ANALISI MUTAZIONALE GENE BRCA2 (TEST COMPLETO) Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali 91.38.1 RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	1900,00
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913812	RICERCA DI MUTAZIONE FAMILIARE IN BRCA1 O BRCA2 (TEST MIRATO): Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	350,00
LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA- ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.	**A I Rr	913813	RICERCA RIARRANGIAMENTI BRCA1 O BRCA2 MEDIANTE MLPA Incluso: 91.30.3 (ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)) 91.36.5 ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	430,00
**Le prestazioni codice 913810, 913811, 913812, 913813 possono essere prescritte ed erogate solo all'interno dei Centri HUB individuati nell'ambito del percorso relativo al rischio eredo familiare del ca della Mammella di cui alla DGR 220/2011				
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	7,75
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA Finalizzata al collaudo	7,75
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	7,75
NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1300,00
NEUROCHIRURGIA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	1000,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I**	98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi.	60,00
**per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla.				
OCULISTICA	IH	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Incluso visita pre e post procedura Escluso costo farmaco	290,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA non associabile alla prestazione cod. 87.83 isterosalpingografia e cod 87.83.2 isterosonografia	55,00
Viene quindi superata la precedente assimilazione (as) cod.88.79.7 ECOGRAFIA TRANSVAGINALE				
OSTETRICIA E GINECOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	I	87.83.2	ISTEROSONOGRAMMA [idrosalpingosonografia] non associabile a cod.88.78.2 ecografia ginecologica	44,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	**A I Rr	887801	TEST COMBINATO Incluso: Ecografia ostetrica (translucenza nucale) e Bitest (HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A) Non associabile all'ecografia ostetrica codice 88.78 ed al prelievo di sangue venoso codice 91.49.2	80,00
<p>** Il test combinato, eseguito di norma tra la 11^a e la 13^a settimana di gravidanza, comprende l'esecuzione dell'ecografia ostetrica per la translucenza nucale associata, per garantire una maggiore accuratezza diagnostica, al dosaggio della free-βHCG e della PAPP-A (c.d. bitest).</p> <p>Viene quindi superata la precedente assimilazione (as1) del Bitest al codice 90.27.4 FREE-BETA HCG + al codice 90.27.5 PAPP-A [proteina A plasmatica associata alla gravidanza] e (as) dell'Ecografia Genetica (misura ecografica della translucenza nucale) con il codice 88.78. La tariffa è composta dal Bitest + prelievo venoso (euro 26.85 + 2,60) e dall'ecografia (euro 50,55).</p> <p>La DGR 533/08, obiettivo 1, prevede la diffusione di questo esame che permette un aumento dell'efficienza dei programmi di diagnosi prenatale, riservando invece il ricorso ai test invasivi a rischi definiti.</p> <p>Questo garantisce alle pazienti indagini adeguate e nel contempo costi più contenuti per il SSR, a fronte di una prevista diminuzione dei test invasivi eseguiti (amniocentesi o villo centesi).</p> <p>L'esame consente quindi una riduzione dei rischi ostetrici legati alla tecnica invasiva nonché una riduzione dei costi.</p> <p>A fronte di tale previsione l'esenzione dalla partecipazione alla spesa prevista per l'ecografia ostetrica del primo trimestre (D.M. 10 settembre 1998*) è applicabile anche alla prestazione "Test Combinato".</p>				
* "Aggiornamento del decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità";				
OSTETRICIA E GINECOLOGIA/ DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA	I	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	43,40

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
DIAGNOSTICA				
OTORINOLARINGOIA TRIA	IH	31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA Incluso: protesi	400,00
ALTRE PRESTAZIONI	A I	907501	CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) Incluso: Cod 89.01 visita di controllo, Cod. 91.49.2 prelievo di sangue venoso, Cod. 90.75.4 tempo di protrombina (PT) Per accesso individuale. Ciclo di 10 accessi Prescrivibile 1 unico ciclo per ricetta	20,00
ALTRE PRESTAZIONI	A I Rr	851901	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE Incluso: Visita Generale (senologica) cod. 89.7 ed Ecografia della Mammella bilaterale cod. 88.73.1	68,90
Rr = erogabile:				
<ol style="list-style-type: none"> 1. nelle strutture individuate dalle aziende sanitarie per percorsi urgenti ed urgenti differibili nei casi di patologia mammaria sintomatica per donne con età < a 40 anni (DGR 1035/09); 2. nei centri spoke individuati dalle aziende sanitarie ai fini dei percorsi di cui alla DGR 220/10 "Rischio eredo familiare per il carcinoma della Mammella – approvazione Linee Guida per le Aziende sanitarie della regione Emilia - Romagna 				

1.c Visite specifiche per branca

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
ANESTESIA	I	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO per valutazione terapia del dolore	18,00
ANESTESIA	I	89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale.	23,00
CARDIOLOGIA	I	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
CARDIOLOGIA	I	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	23,00
CHIRURGIA GENERALE	I	89.01.4	VISITA CHIRURGICA GENERALE DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA GENERALE	I	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	23,00
CHIRURGIA PLASTICA	I	89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA PLASTICA	I	89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	23,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.7A. 2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	23,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	18,00
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	I	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	23,00
DERMOSIFILOPATIA	I	89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
DERMOSIFILOPATIA	I	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA	23,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	I	89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	18,00
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	I	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
ENDOCRINOLOGIA	I	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
ENDOCRINOLOGIA	I	890180	VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
ENDOCRINOLOGIA	I	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
ENDOCRINOLOGIA	I	897A80	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED	I	89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	18,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
ENDOSCOPIA DIGESTIVA				
GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	I	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	23,00
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	18,00
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII	I	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	23,00
NEFROLOGIA	I	89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato-	18,00
NEFROLOGIA	I	89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
NEUROCHIRURGIA	I	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO	18,00
NEUROCHIRURGIA	I	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA].	23,00
NEUROLOGIA	I	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO	18,00
OCULISTICA	I	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	18,00
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	I	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA / MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO	18,00
ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	I	89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA/ MAXILLOFACCIALE.	23,00
ONCOLOGIA	I	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO Incluso: chemioterapia orale	18,00
ONCOLOGIA	I	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento. Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I	89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	18,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	23,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. Non associabile a 89.26.3	23,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. Non associabile a 89.26.4	18,00
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. Non associabile a 89.26.1	23,00

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	I	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO Incluso: eventuale prelievo citologico cod 91.48.4 e prelievo microbiologico cod.91.49.3. non associabile al codice 89.26.2	18,00
Il codice 89.26 (VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica - Esame pelvico) viene sostituito con i codici 89.26.1, 89.26.3				
OTORINOLARINGOIATRIA	I	89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO	18,00
OTORINOLARINGOIATRIA	I	89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	23,00
PNEUMOLOGIA	I	89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO	18,00
PNEUMOLOGIA	I	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	23,00
RADIOTERAPIA	I	89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	18,00
RADIOTERAPIA	I	89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso:stesura del piano di trattamento. Non associabile a cod. 89.03 Analisi e valutazioni, definite complessive.	23,00
UROLOGIA	I	89.01.Q	VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	18,00
UROLOGIA	I	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	23,00
ALTRE PRESTAZIONI	I	89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA Incluso: Primo colloquio, Costruzione di un albero familiare, Anamnesi personale e familiare. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	23,00
ALTRE PRESTAZIONI	I	91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	18,00

Le visite di controllo individuate con i codici specifici hanno diritto, la dove è previsto, all'esenzione dal pagamento del ticket ai sensi del D.M. 329/99 e ssm. (Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124)

TABELLA 2 – adeguamenti tariffari di prestazioni già esistenti

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	H m1	38.59.1	MINISTRIPPING [VARICECTOMIA] DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali – Escluse le safene ed indipendentemente dal numero di vasi collaterali trattati	600,00
OCULISTICA	m1	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	70,00
OCULISTICA	I H m1	134101	FACOEMULSIONAMENTO ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA La tariffa è comprensiva di visite ed esami pre e post intervento	920,00
ORTORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	I H m1	044301	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE La tariffa è comprensiva di visite ed esami pre e post intervento	665,00

Le prestazioni liberazione del tunnel carpale codice 044301, e di facoemulsione ed aspirazione di cataratta codice 134101, introdotti con la DGR n.262 del 2003, ed esentati in via transitoria dalla partecipazione alla spesa, dovranno essere assoggettati alla partecipazione alla spesa da parte del cittadino, al pari di tutte le prestazioni di specialistica ambulatoriale, sulla base di quanto stabilito dall'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012.

TABELLA 3 – integrazioni/modifiche di dizione della prestazione

BRANCA	NOTA	CODICE	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	Tariffa EURO
DERMOSIFILOPATIA OSTETRICIA E GINECOLOGIA		70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA compresi condilomi vaginali	29,75
MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII		93.03	VALUTAZIONE PROTESICA Finalizzata al collaudo	7,75
Viene quindi superata la precedente assimilazione (as) Collaudo protesi cod. 93.03				
NEUROLOGIA		89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA].	23,00
ALTRE PRESTAZIONI		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	4,40
ALTRE PRESTAZIONI		93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	1,10
ALTRE PRESTAZIONI		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: le prime visite specificamente codificate.	23,00
ALTRE PRESTAZIONI		89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate: Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame del Neglect; esame psicodiagnostico.	18,00
ALTRE PRESTAZIONI		89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Escluso: le prime visite specificamente codificate	23,00