



REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

REGIONE DEL VENETO

Venezia, venerdì 8 luglio 2011

Anno XLII - N. 50



Bassano del Grappa (Vi), Antiche prese irrigue dal fiume Brenta della roggia Bernarda.

Il Consorzio di bonifica Brenta ha recentemente ristrutturato le antiche prese della roggia Bernarda, probabilmente scavata dagli Ezzelini da Romano nel '200. I lavori di restauro, realizzati con fondi consortili e un contributo della Regione Veneto, hanno consentito di salvare manufatti ormai fatiscenti, e hanno creato un luogo in riva al Brenta che potrà costituire un riferimento per rinnovare la memoria delle infrastrutture di utilizzo delle acque fluviali, che tanta parte hanno avuto nello sviluppo socio-economico del territorio: non a caso si parla di "civiltà delle rogge".

(Archivio fotografico Consorzio di bonifica Brenta)

SOMMARIO

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 8 luglio 2011, n. 13

Modifiche alla legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni, alla legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 "Norme per il governo del territorio e in materia di paesaggio" e successive modificazioni e disposizioni in materia di autorizzazioni di impianti solari e fotovoltaici. 3

PARTE SECONDA

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 859 del 21 giugno 2011 [5.5]
 Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e utilizzo di diverso regime erogativo. 13
 [Sanità e igiene pubblica]

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 8 luglio 2011, n. 13

Modifiche alla legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 “Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche” e successive modificazioni, alla legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 “Norme per il governo del territorio e in materia di paesaggio” e successive modificazioni e disposizioni in materia di autorizzazioni di impianti solari e fotovoltaici.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Presidente della Giunta regionale

p r o m u l g a

la seguente legge regionale:

Art. 1

Modifica all'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 “Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche” e successive modificazioni

1. Il comma 1 dell'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 è così sostituito:

“1. Per le finalità di cui all'articolo 1, in deroga alle previsioni dei regolamenti comunali e degli strumenti urbanistici e territoriali comunali, provinciali e regionali, è consentito l'ampliamento degli edifici esistenti nei limiti del 20 per cento del volume se destinati ad uso residenziale e del 20 per cento della superficie coperta se adibiti ad uso diverso. Resta fermo che nei limiti dell'ampliamento non vanno calcolati i volumi computabili ai sensi della normativa vigente.”

2. Al comma 2 dell'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 dopo le parole “*corpo edilizio separato*” sono soppresse le seguenti parole “*di carattere accessorio e pertinenziale*”.

3. Al comma 3 dell'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 le parole “*31 marzo 2009*” sono sostituite dalle parole “*31 maggio 2011*”.

4. Dopo il comma 5 dell'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 è inserito il seguente comma:

“5 bis. La percentuale di cui al comma 1 è elevata di un ulteriore 15 per cento per gli edifici residenziali, purché vi sia un contestuale intervento di riqualificazione dell'intero edificio che ne porti la prestazione energetica, come definita dal decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192 “Attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia” e dal decreto del Presidente della Repubblica 2 aprile 2009, n. 59 “Regolamento di attuazione dell'articolo 4,

comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192, concernente attuazione della direttiva 2002/91/CE sul rendimento energetico in edilizia” e successive modificazioni, alla corrispondente classe B.”

Art. 2

Modifica all'articolo 3 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 “Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche” e successive modificazioni

1. Al comma 2 dell'articolo 3 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 dopo le parole “*sono consentiti interventi di*” è soppressa la parola “*integrale*”, dopo le parole “*demolizione e ricostruzione*” sono inserite le parole “*anche parziali*”, dopo le parole “*40 per cento del volume*” è soppressa la parola “*esistente*” ed è inserita la parola “*demolito*”, dopo le parole “*superficie coperta*” è inserita la parola “*demolita*”.

Art. 3

Modifica all'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 “Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche” e successive modificazioni e disposizioni applicative

1. Nella rubrica dell'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 dopo le parole “*solari e fotovoltaici*” sono inserite le parole “*e di altri sistemi di captazione delle radiazioni solari*”.

2. Il comma 1 dell'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 è sostituito dal seguente:

“1. Non concorrono a formare cubatura sulle abitazioni esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge:

- a) i sistemi di captazione delle radiazioni solari addossati o integrati negli edifici, quali serre bioclimatiche, pareti ad accumulo e muri collettori, atti allo sfruttamento passivo dell'energia solare, semprechè correlati con il calcolo di progetto degli impianti termomeccanici;*
- b) le pensiline e le tettoie finalizzate all'installazione di impianti solari e fotovoltaici, così come definiti dalla normativa statale, di tipo integrato o parzialmente integrato, con potenza non superiore a 6 kWp.”*

3. Al comma 2 dell'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 le parole “*Le pensiline e le tettoie di cui al comma 1 e gli impianti aderenti, non aderenti, integrati e non integrati con potenza di picco non superiore a 6KW;*” sono sostituite dalle parole “*Le strutture e gli impianti di cui al comma 1*”.

4. Al comma 3 dell'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 le parole “*delle pensiline e tettoie*” sono sostituite dalle parole “*delle strutture e degli impianti*”.

5. Al comma 5 dell'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 le parole “*Kwh*” sono sostituite con le parole “*Kw*”.

6. La Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, integra il provvedimento di cui al comma 3 dell'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 con riferimento alla lettera a) del comma 1 del medesimo

articolo 5, come modificato dalla presente legge.

Art. 4

Modifica all'articolo 7 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 7 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 è inserito il seguente comma:

"1 bis. In deroga al comma 1, per gli interventi di cui agli articoli 2 e 3 che utilizzano fonti di energia rinnovabile con una potenza non inferiore a 3 kwh, il contributo di costruzione:

- a) non è dovuto per gli edifici destinati a prima abitazione del proprietario o avente titolo;*
- b) può essere ridotto dal comune nella misura del 50 per cento per gli edifici adibiti ad uso diverso da quello di cui alla lettera a)."*

Art. 5

Modifica all'articolo 8 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni

1. Dopo il comma 1 dell'articolo 8 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 è inserito il seguente comma:

"1 bis. L'elenco di cui al comma 1 indica per ciascun tipo di intervento di cui agli articoli 2, 3 e 4, il volume o la superficie di ampliamento autorizzato."

Art. 6

Modifica all'articolo 9 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni

1. Alla lettera a) del comma 1 dell'articolo 9 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 sono aggiunte alla fine le seguenti parole *" , salvo che per gli edifici che risultino privi di grado di protezione, ovvero con grado di protezione di demolizione e ricostruzione, di ristrutturazione o sostituzione edilizia, di ricomposizione volumetrica o urbanistica, anche se soggetti a piano urbanistico attuativo. I comuni possono deliberare, entro il 30 novembre 2011, se e con quali modalità consentire detti interventi; decorso inutilmente tale termine gli interventi sono realizzabili in tutto il centro storico limitatamente alla prima casa di abitazione, così come definita dall'articolo 8 della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26 "Modifica di leggi regionali in materia urbanistica ed edilizia", come modificato dalla presente legge. Restano fermi i limiti massimi previsti dall'articolo 8, primo comma, n. 1), del decreto ministeriale n. 1444 del 1968 e successive modificazioni;"*.

2. Il comma 2 dell'articolo 9 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 è sostituito dai seguenti commi:

"2. Con gli interventi previsti dagli articoli 2, 3 e 4 può essere modificata la destinazione d'uso degli edifici, purché la nuova destinazione sia consentita dalla disciplina edilizia

di zona e salvo quanto previsto dal comma 2 bis.

2 bis. Nel caso in cui gli interventi di cui agli articoli 2, 3 e 4 riguardino edifici situati in zona impropria, purché diversa dalla zona agricola, la destinazione d'uso degli edifici può essere modificata limitatamente al volume che sarebbe realizzabile ai sensi della specifica disciplina di zona, incrementato della percentuale di ampliamento consentita dalla presente legge. Sono fatti salvi eventuali accordi o convenzioni precedentemente sottoscritti.

2 ter. Gli interventi previsti dal comma 2 bis sono subordinati ad un piano urbanistico attuativo ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 e successive modificazioni."

3. Al comma 9 dell'articolo 9 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 dopo le parole *"È comunque ammesso"* sono aggiunte le parole *" , anche negli edifici ricadenti nei centri storici di cui all'articolo 2 del decreto ministeriale n. 1444 del 1968 non sottoposti al vincolo di cui al comma 1, lettera b),"*.

Art. 7

Modifica all'articolo 8 della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26 "Modifica di leggi regionali in materia urbanistica ed edilizia"

1. Al comma 1 dell'articolo 8 della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26, le parole *"si obblighino a stabilire la residenza e a mantenerla per ventiquattro mesi dall'entrata in vigore della medesima legge regionale 8 luglio 2009, n. 14."* sono sostituite dalle parole *"si obblighino a stabilire la residenza ed a mantenerla almeno per i ventiquattro mesi successivi al rilascio del certificato di agibilità."*

Art. 8

Proroga del termine di cui all'articolo 9, comma 7, della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni e disposizioni applicative

1. Il termine di ventiquattro mesi di cui all'articolo 9, comma 7, della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, per la presentazione delle istanze relative agli interventi di cui agli articoli 2, 3 e 4 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, così come modificati dalla presente legge, è prorogato al 30 novembre 2013.

2. Con l'entrata in vigore della presente legge non trovano applicazione le deliberazioni adottate dai comuni ai sensi dell'articolo 9, comma 5, della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14.

3. Le disposizioni di cui alla legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, come modificate dalla presente legge, si applicano sin dall'entrata in vigore della presente legge, salvo quanto previsto dal comma 4.

4. I comuni entro il 30 novembre 2011 possono deliberare, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9, comma 1, lettera a), della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, come modificato dalla presente legge, sulla base di specifiche valutazioni di carattere urbanistico, edilizio, paesaggistico ed ambientale, se e con quali eventuali limiti e modalità applicare la normativa

di cui agli articoli 2 e 3 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, come modificati dalla presente legge, con riferimento a:

- a) edifici residenziali non destinati a prima casa di abitazione, così come definita dall'articolo 8 della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26, come modificato dalla presente legge;
- b) strutture ricettive di cui agli articoli 22 e 25 della legge regionale 4 novembre 2002, n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di turismo" e successive modificazioni;
- c) edifici produttivi;
- d) edifici commerciali-direzionali.

5. Decorso inutilmente il termine di cui al comma 4, gli articoli 2 e 3 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, come modificati dalla presente legge, trovano integrale applicazione.

6. Gli interventi di cui agli articoli 2, 3 e 4, della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, come modificati dalla presente legge, sono consentiti una sola volta anche se possono essere realizzati in più fasi, fino al raggiungimento degli incrementi volumetrici e delle superfici complessivamente previsti.

7. Fermo restando quanto previsto dal comma 6, gli interventi di cui agli articoli 2 e 4 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, come modificati dalla presente legge, sono consentiti sugli edifici esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge ovvero su quelli il cui progetto, o richiesta di titolo abilitativo edilizio, siano stati presentati al comune entro il 31 maggio 2011.

Art. 9

Modifica all'articolo 10 della legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche" e dell'articolo 12 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e disposizioni transitorie

1. Al comma 1 dell'articolo 10 della legge regionale 12 luglio 2007, n. 16, dopo le parole "*riconosciuti invalidi*" sono aggiunte le seguenti parole "*con impedimento permanente alla deambulazione*" e le parole "*, o riconosciuti con una invalidità civile superiore al 75 per cento ai sensi della legge 15 ottobre 1990, n. 295 "Modifiche ed integrazioni all'articolo 3 del decreto legge 30 maggio 1988, n. 173, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 luglio 1988, n. 291, e successive modificazioni, in materia di revisione delle categorie delle minorazioni e malattie invalidanti*" sono soppresse.

2. Il comma 1 dell'articolo 12 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14, è abrogato.

Art. 10

Disposizioni in materia di autorizzazione di impianti solari e fotovoltaici

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4 della legge regionale 18 marzo 2011, n. 7 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2011", rientra nella competenza dei comuni il rilascio dell'autorizzazione unica per l'installazione di impianti solari e fotovoltaici, integrati e non integrati con potenza di picco fino ad 1 megawatt (mw), ivi comprese le opere di con-

nessione alla rete elettrica, con le procedure di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 3 marzo 2011 n. 28 "Attuazione della direttiva 2009/28/CE sulla promozione dell'uso dell'energia da fonti rinnovabili, recante modifica e successiva abrogazione delle direttive 2001/77/CE e 2003/30/CE". Ai comuni spettano gli introiti derivanti dal pagamento degli oneri istruttori di cui all'articolo 4, comma 4, della legge regionale 18 marzo 2011, n. 7. I comuni trasmettono alla Regione, con frequenza semestrale, l'elenco delle autorizzazioni uniche rilasciate per la realizzazione degli impianti fotovoltaici con l'indicazione del tipo di impianto e della localizzazione.

2. Le richieste di autorizzazione unica presentate in Regione, alla data di entrata in vigore della presente legge, sono rilasciate dalla Regione medesima, salvo quelle per le quali sia stata comunicata al richiedente la carenza dei contenuti minimi di cui agli articoli 13, 13.1, 13.2 e 13.3 dell'Allegato "Linee guida per il procedimento di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 29 dicembre 2003, n. 387 per l'autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di impianti di produzione di elettricità da fonti rinnovabili nonché linee guida tecniche per gli impianti stessi" del decreto ministeriale 10 settembre 2010, "Linee guida per l'autorizzazione degli impianti alimentati da fonti rinnovabili", che sono trasmesse al comune competente ai sensi del comma 1.

3. Al fine di rendere omogenea la predisposizione delle domande e della documentazione necessaria per il rilascio dell'autorizzazione di cui al comma 1, entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale adotta e trasmette ai comuni gli schemi di modulistica.

Art. 11

Modifica all'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 "Norme per il governo del territorio e in materia di paesaggio" e successive modificazioni e disposizioni transitorie

1. Ai commi 1 e 4 dell'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 le parole "*trenta giorni*" sono sostituite con le parole "*settantacinque giorni*".

2. Il comma 2 dell'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 è abrogato.

3. Dopo il comma 4 dell'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 è aggiunto il seguente comma:

"4 bis. I termini previsti dai commi 1, 3 e 4 sono perentori; qualora decorrano inutilmente i termini di cui ai commi 1 e 4 il piano si intende adottato o approvato e le opposizioni e osservazioni eventualmente presentate, respinte."

4. Ai procedimenti relativi a piani urbanistici attuativi in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, si applica la previgente disciplina dell'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11.

Art. 12

Dichiarazione di urgenza

1. La presente legge è dichiarata urgente ai sensi dell'articolo 44 dello Statuto ed entra in vigore il giorno successivo alla data della sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 8 luglio 2011

Luca Zaia

INDICE

- Art. 1 - Modifica all'articolo 2 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni
- Art. 2 - Modifica all'articolo 3 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni
- Art. 3 - Modifica all'articolo 5 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni e disposizioni applicative
- Art. 4 - Modifica all'articolo 7 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni
- Art. 5 - Modifica all'articolo 8 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni
- Art. 6 - Modifica all'articolo 9 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni
- Art. 7 - Modifica all'articolo 8 della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26 "Modifica di leggi regionali in materia urbanistica ed edilizia"
- Art. 8 - Proroga del termine di cui all'articolo 9, comma 7, della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e successive modificazioni e disposizioni applicative

- Art. 9 - Modifica all'articolo 10 della legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 "Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche" e dell'articolo 12 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e disposizioni transitorie
- Art. 10 - Disposizioni in materia di autorizzazione di impianti solari e fotovoltaici
- Art. 11 - Modifica all'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 "Norme per il governo del territorio e in materia di paesaggio" e successive modificazioni e disposizioni transitorie
- Art. 12 - Dichiarazione di urgenza

Dati informativi concernenti la legge regionale 8 luglio 2011, n. 13

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 - Procedimento di formazione
- 2 - Relazione al Consiglio regionale
- 3 - Note agli articoli
- 4 - Struttura di riferimento

1 Procedimento di formazione

- Il procedimento di formazione della legge regionale è stato avviato su iniziativa dei sottoelencati consiglieri regionali e della Giunta regionale, che hanno presentato rispettivamente tre proposte di legge e un disegno di legge, a ciascuno dei quali è stato attribuito uno specifico numero di progetto di legge:
 - progetto di legge n. 73: proposta di legge d'iniziativa dei consiglieri Baggio, Caner, Bassi, Lazzarini, Possamai, Corazzari, Bozza, Cappon, Finco, Tosato, Cenci, Furlanetto, Sandri, e Toscani relativa a "Modifiche alla legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche";
 - progetto di legge n. 79: proposta di legge d'iniziativa dei consiglieri Toniolo, Bond, Bendinelli, Laroni, Sernagiotto, Cortellazzo, Teso, Padrin e Mainardi relativa a "Modifica della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26 "Modifica di leggi regionali in materia urbanistica ed edilizia";
 - progetto di legge n. 91: proposta di legge d'iniziativa dei consiglieri Peraro, Valdegamberi e Grazia relativa a "Modifica alle leggi regionali 23 aprile 2004, n. 11 "Norme per il governo del territorio", 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'uti-

lizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" e 9 ottobre 2009, n. 26 "Modifica di leggi regionali in materia urbanistica ed edilizia";

- progetto di legge n. 164: disegno di legge relativo a "Modifiche alla legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche" (deliberazione della Giunta regionale n. 7/DDL del 12 aprile 2011);
- Il progetto di legge è stato assegnato alla 2° commissione consiliare;
- La 2° commissione consiliare ha completato l'esame del progetto di legge in data 23 giugno 2011;
- Il Consiglio regionale, su relazione del consigliere Andrea Bassi, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 7 luglio 2011, n. 11.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

la proposta di provvedimento legislativo oggi all'esame del Consiglio è il risultato dell'esame in Seconda Commissione di quattro progetti di legge recanti modifiche alla legge 8 luglio 2009, n. 14 "Intervento regionale a sostegno del settore edilizio e per favorire l'utilizzo dell'edilizia sostenibile e modifiche alla legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 in materia di barriere architettoniche", meglio conosciuta come legge "Piano casa" (PDL n. 164, PDL n. 73, PDL n. 79 e n. 91).

Quattro progetti di legge stanno a indicare che si tratta di un tema rilevante sul quale è stata sollecitata l'attenzione della politica che, nel caso della legge regionale sul "Piano casa", ha raccolto in primo luogo l'esigenza di prorogarne l'applicazione in ragione del riscontro ottenuto.

Nel Veneto, infatti, a seguito di un apposito monitoraggio, eseguito dalla Direzione urbanistica e paesaggio della Giunta regionale, si è verificato che dal luglio 2009 alla fine di gennaio 2011 i progetti approvati sono stati 22.000, con un risultato non paragonabile a quanto avvenuto sul resto del territorio nazionale; basti pensare che la seconda regione dopo la nostra per numero di progetti presentati, la Sardegna, ha visto solo 5 mila interventi riconducibili al "Piano casa", mentre la Lombardia si è fermata a poche centinaia di richieste. Altre regioni ancora hanno situazioni neppure confrontabili con il Veneto.

Queste cifre attestano come il "Piano casa" in Veneto sia stato ben accolto, contribuendo a dare una boccata d'ossigeno al settore edilizio che, diversamente, avrebbe sofferto, con ogni probabilità nel 2010-2011, di una paralisi assoluta. Analogamente si ritiene che anche per gli anni a venire il "Piano casa" possa essere il principale artefice della ripresa edilizia, con effetti positivi sull'intera economia della nostra Regione.

La proposta all'esame del Consiglio, pertanto, contiene innanzitutto una proroga di oltre 24 mesi all'applicazione della legge (precisamente fino al 31 luglio 2013), provvedendo nel contempo ad introdurre alcune modifiche utili a renderla più incisiva ed efficace, senza peraltro intaccare la tutela garantita dai divieti previsti dall'articolo 9, tanto per i beni culturali tutelati dal Codice dei beni culturali e del paesaggio, quanto per gli edifici oggetto di specifiche forme di tutela contenute nei piani territoriali e urbanistici.

Le principali modifiche riguardano:

- gli ampliamenti per i quali è previsto l'incremento di un ulteriore 15 per cento, qualora vi sia un contestuale intervento di riqualificazione che porti la prestazione energetica dell'edificio, come definita dal decreto legislativo n. 192/2005, alla classe B;
- la possibilità di utilizzare per l'ampliamento, i sottotetti esistenti al 31 maggio 2011;
- la possibilità di usufruire degli incrementi volumetrici ancorati all'uso di tecniche costruttive dell'edilizia sostenibile ai sensi della legge regionale n. 4/2007, anche in presenza di una parziale anziché integrale, demolizione dell'edificio interessato;
- ulteriori "sconti" sul contributo di costruzione per gli interventi realizzati su edifici destinati ad abitazioni;
- la possibilità di intervenire nei centri storici, limitatamente ai casi in cui l'edificio interessato sia già riconosciuto dallo strumento urbanistico privo di grado di protezione, ovvero con possibilità di interventi che consentano la demolizione e ricostruzione, la ristrutturazione edilizia o urbanistica;
- la possibilità di modificare la destinazione d'uso degli edifici, con una specifica disciplina per quelli situati in zona impropria. Altre novità contenute nel progetto di legge riguardano:
- un ulteriore chiarimento sul concetto di "prima casa di abitazione";
- la possibilità di ampliamento anche per gli edifici ricadenti in fascia di rispetto stradale, sempreché non vi sia avanzamento dell'edificio sul fronte stradale e subordinatamente alla rinuncia da parte del richiedente al maggior valore dell'edificio determinato dall'ampliamento nel caso in cui l'area dovesse essere espropriata;
- l'inclusione dei sistemi di captazione dell'energia solare, quali le serre bioclimatiche, tra gli impianti che non contribuiscono a formare cubatura, accanto alle pensiline e tettoie finalizzate all'installazione di impianti solari e fotovoltaici già previste dall'articolo 5 della legge regionale n. 14/2009;
- l'attribuzione della competenza ai comuni delle autorizzazioni per la realizzazione di impianti, solari e fotovoltaici con potenza fino a 1 megawatt, in attuazione del comma 9 dell'articolo 6 del decreto legislativo n. 28/2011.

Su tutti i progetti di legge presentati la Seconda Commissione ha svolto le audizioni con gli enti e le categorie interessate e, nella seduta n. 41 del 23 giugno 2011 ha espresso a maggioranza (favorevoli il Presidente Bassi e i Consiglieri Bozza e Furlanetto del Gruppo consiliare Liga Veneta-Lega Nord-Padania, i Consiglieri Toniolo e Cortelazzo del Gruppo consiliare Popolo della Libertà e il Consigliere Peraro del Gruppo consiliare Unione di Centro; astenuti i Consiglieri Bottacin del Gruppo consiliare Misto e il Consigliere Bortolussi del Gruppo consiliare Bortolussi Presidente e contrari i Consiglieri Pigozzo - con delega del Consigliere Bonfante - e Tiozzo del Gruppo consiliare Partito Democratico Veneto, il Consigliere Pipitone del Gruppo consiliare Italia dei Valori e il Consigliere Pettenò del Gruppo consiliare Federazione della Sinistra-PRC Sinistra Europea) parere favorevole alla approvazione da parte del Consiglio regionale del testo unificato predisposto dalla Commissione.

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 1:

- Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 2 - Interventi edilizi.

1. Per le finalità di cui all'articolo 1, in deroga alle previsioni dei regolamenti comunali e degli strumenti urbanistici e territoriali

comunali, provinciali e regionali, è consentito l'ampliamento degli edifici esistenti nei limiti del 20 per cento del volume se destinati ad uso residenziale e del 20 per cento della superficie coperta se adibiti ad uso diverso. Resta fermo che nei limiti dell'ampliamento non vanno calcolati i volumi scomputabili ai sensi della normativa vigente.

2. L'ampliamento di cui al comma 1 deve essere realizzato in aderenza rispetto al fabbricato esistente o utilizzando un corpo edilizio contiguo già esistente; ove ciò non risulti possibile oppure comprometta l'armonia estetica del fabbricato esistente può essere autorizzata la costruzione di un corpo edilizio separato.

3. Nei limiti dell'ampliamento di cui al comma 1 sono da computare l'eventuale recupero dei sottotetti esistenti al 31 maggio 2011 aventi le caratteristiche di cui all'articolo 2, comma 1, lettere a) e b) della legge regionale 6 aprile 1999, n. 12 "Recupero dei sottotetti esistenti a fini abitativi" con esclusione dei sottotetti esistenti oggetto di contenzioso in qualsiasi stato e grado del procedimento.

4. In caso di edifici composti da più unità immobiliari l'ampliamento può essere realizzato anche separatamente per ciascuna di esse, compatibilmente con le leggi che disciplinano il condominio negli edifici, fermo restando il limite complessivo stabilito al comma 1. In ipotesi di case a schiera l'ampliamento è ammesso qualora venga realizzato in maniera uniforme con le stesse modalità su tutte le case appartenenti alla schiera.

5. La percentuale di cui al comma 1 è elevata di un ulteriore 10 per cento nel caso di utilizzo di tecnologie che prevedano l'uso di fonti di energia rinnovabile con una potenza non inferiore a 3 Kw., ancorché già installati.

5 bis. La percentuale di cui al comma 1 è elevata di un ulteriore 15 per cento per gli edifici residenziali, purché vi sia un contestuale intervento di riqualificazione dell'intero edificio che ne porti la prestazione energetica, come definita dal decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192 "Attuazione della direttiva 2002/91/CE relativa al rendimento energetico nell'edilizia" e dal decreto del Presidente della Repubblica 2 aprile 2009, n. 59 "Regolamento di attuazione dell'articolo 4, comma 1, lettere a) e b), del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 192, concernente attuazione della direttiva 2002/91/CE sul rendimento energetico in edilizia" e successive modificazioni, alla corrispondente classe B."

Nota all'articolo 2:

- Il testo dell'art. 3 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 3 - Interventi per favorire il rinnovamento del patrimonio edilizio esistente.

1. La Regione promuove la sostituzione e il rinnovamento del patrimonio edilizio esistente mediante la demolizione e ricostruzione degli edifici realizzati anteriormente al 1989 e legittimati da titoli abilitativi che necessitano di essere adeguati agli attuali standard qualitativi, architettonici, energetici, tecnologici e di sicurezza.

2. Per incentivare gli interventi di cui al comma 1 finalizzati al perseguimento degli attuali standard qualitativi architettonici, energetici, tecnologici e di sicurezza in deroga alle previsioni dei regolamenti comunali e degli strumenti urbanistici e territoriali, comunali, provinciali e regionali, sono consentiti interventi di demolizione e ricostruzione *anche parziali* che prevedano aumenti fino al 40 per cento del volume *demolito* per gli edifici residenziali e fino al 40 per cento della superficie coperta *demolita* per quelli adibiti ad uso diverso, purché situati in zona territoriale propria e solo qualora per la ricostruzione vengano utilizzate tecniche costruttive di cui alla legge regionale 9 marzo 2007, n. 4 "Iniziative

ed interventi regionali a favore dell'edilizia sostenibile". A tali fini la Giunta regionale, entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, integra le linee guida di cui all'articolo 2 della legge regionale n. 4/2007, prevedendo la graduazione della volumetria assentibile in ampliamento in funzione della qualità ambientale ed energetica dell'intervento.

3. La percentuale del 40 per cento può essere elevata al 50 per cento nel caso in cui l'intervento di cui al comma 2 comporti una ricomposizione planivolumetrica con forme architettoniche diverse da quelle esistenti comportanti la modifica dell'area di sedime nonché delle sagome degli edifici originari e sia oggetto di un piano attuativo ai sensi della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 "Norme per il governo del territorio" e successive modificazioni.

4. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano anche nel caso che gli edifici siano demoliti o in corso di demolizione sulla base di un regolare titolo abilitativo, purché, all'entrata in vigore della presente legge, non sia già avvenuta la ricostruzione."

Nota all'articolo 3:

- Il testo dell'art. 5 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente

"Art. 5 - Interventi per favorire l'installazione di impianti solari e fotovoltaici e di altri sistemi di captazione delle radiazioni solari.

1. *Non concorrono a formare cubatura sulle abitazioni esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge:*

a) *i sistemi di captazione delle radiazioni solari addossati o integrati negli edifici, quali serre bioclimatiche, pareti ad accumulo e muri collettori, atti allo sfruttamento passivo dell'energia solare, sempreché correlati con il calcolo di progetto degli impianti termomeccanici;*

b) *le pensiline e le tettoie finalizzate all'installazione di impianti solari e fotovoltaici, così come definiti dalla normativa statale, di tipo integrato o parzialmente integrato, con potenza non superiore a 6 kWp.*

2. *Le strutture e gli impianti di cui al comma 1 sono realizzabili anche in zona agricola e sono sottoposte a denuncia di inizio attività (DIA) in deroga alle previsioni dei regolamenti comunali e degli strumenti urbanistici e territoriali fatto salvo quanto previsto dal decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42 "Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137" e successive modificazioni.*

3. La Giunta regionale, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, stabilisce le caratteristiche tipologiche e dimensionali *delle strutture e degli impianti* di cui al comma 1."

Nota all'articolo 4:

- Il testo dell'art. 7 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 7 - Oneri e incentivi.

1. Per gli interventi di cui agli articoli 2 e 3, il contributo di costruzione è ridotto del 60 per cento nell'ipotesi di edificio o unità immobiliari destinati a prima abitazione del proprietario o dell'avente titolo.

1 bis. In deroga al comma 1, per gli interventi di cui agli articoli 2 e 3 che utilizzano fonti di energia rinnovabile con una potenza non inferiore a 3 kwh, il contributo di costruzione:

a) *non è dovuto per gli edifici destinati a prima abitazione del proprietario o avente titolo;*

b) *può essere ridotto dal comune nella misura del 50 per cento per gli edifici adibiti ad uso diverso da quello di cui alla lettera a).*

2. I comuni possono stabilire ulteriori incentivi di carattere economico in caso di utilizzo delle tecniche costruttive della bioedilizia o che prevedano il ricorso alle energie rinnovabili.”

Nota all'articolo 5:

- Il testo dell'art. 8 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 8 - Elenchi.

1. I comuni, a fini conoscitivi, provvedono ad istituire ed aggiornare l'elenco degli ampliamenti autorizzati ai sensi degli articoli 2, 3 e 4.

1 bis. L'elenco di cui al comma 1 indica per ciascun tipo di intervento di cui agli articoli 2, 3 e 4, il volume o la superficie di ampliamento autorizzato.”.

Nota all'articolo 6:

- Il testo dell'art. 9 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 9 - Ambito di applicazione.

1. Gli interventi previsti dagli articoli 2, 3 e 4 non trovano applicazione per gli edifici:

- a) ricadenti all'interno dei centri storici ai sensi dell'articolo 2 del decreto ministeriale 2 aprile 1968, n. 1444 “Limiti inderogabili di densità edilizia, di altezza, di distanza fra i fabbricati e rapporti massimi tra spazi destinati agli insediamenti residenziali e produttivi e spazi pubblici o riservati alle attività collettive, al verde pubblico o a parcheggi da osservare ai fini della formazione dei nuovi strumenti urbanistici o della revisione di quelli esistenti, ai sensi dell'articolo 17 della legge 6 agosto 1967, n. 765”, salvo che per gli edifici che risultino privi di grado di protezione, ovvero con grado di protezione di demolizione e ricostruzione, di ristrutturazione o sostituzione edilizia, di ricomposizione volumetrica o urbanistica, anche se soggetti a piano urbanistico attuativo. I comuni possono deliberare, entro il 30 novembre 2011, se e con quali modalità consentire detti interventi; decorso inutilmente tale termine gli interventi sono realizzabili in tutto il centro storico limitatamente alla prima casa di abitazione, così come definita dall'articolo 8 della legge regionale 9 ottobre 2009, n. 26 “Modifica di leggi regionali in materia urbanistica ed edilizia”, come modificato dalla presente legge. Restano fermi i limiti massimi previsti dall'articolo 8, primo comma, n. 1), del decreto ministeriale n. 1444 del 1968 e successive modificazioni;
- b) vincolati ai sensi della parte seconda del decreto legislativo 22 gennaio 2004, n. 42 “Codice dei beni culturali e del paesaggio, ai sensi dell'articolo 10 della legge 6 luglio 2002, n. 137” e successive modificazioni;
- c) oggetto di specifiche norme di tutela da parte degli strumenti urbanistici e territoriali che non consentono gli interventi edilizi previsti dai medesimi articoli 2, 3 e 4;
- d) ricadenti nelle aree di inedificabilità assoluta di cui all'articolo 33 della legge 28 febbraio 1985, n. 47 “Norme in materia di controllo dell'attività urbanistico-edilizia, sanzioni, recupero e sanatoria delle opere edilizie”, o di quelle dichiarate inedificabili per sentenza o provvedimento amministrativo;
- e) anche parzialmente abusivi soggetti all'obbligo della demolizione;
- f) aventi destinazione commerciale qualora siano volti ad eludere o derogare le disposizioni regionali in materia di programmazione, insediamento ed apertura di grandi strutture di vendita, centri commerciali e parchi commerciali;

g) ricadenti in aree dichiarate ad alta pericolosità idraulica e nelle quali non è consentita l'edificazione ai sensi del decreto legislativo 3 aprile 2006, n. 152 “Norme in materia ambientale” e successive modificazioni.

2. Con gli interventi previsti dagli articoli 2, 3 e 4 può essere modificata la destinazione d'uso degli edifici, purché la nuova destinazione sia consentita dalla disciplina edilizia di zona e salvo quanto previsto dal comma 2 bis.

2 bis. Nel caso in cui gli interventi di cui agli articoli 2, 3 e 4 riguardino edifici situati in zona impropria, purché diversa dalla zona agricola, la destinazione d'uso degli edifici può essere modificata limitatamente al volume che sarebbe realizzabile ai sensi della specifica disciplina di zona, incrementato della percentuale di ampliamento consentita dalla presente legge. Sono fatti salvi eventuali accordi o convenzioni precedentemente sottoscritti.

2 ter. Gli interventi previsti dal comma 2 bis sono subordinati ad un piano urbanistico attuativo ai sensi dell'articolo 20 della legge regionale 23 aprile 2004, n. 11 e successive modificazioni.

3. Gli interventi di cui agli articoli 2 e 3 che riguardano la prima casa di abitazione si applicano, fermo restando quanto previsto dai commi 1 e 2, sin dall'entrata in vigore della presente legge.

4. Gli interventi di cui agli articoli 2, 3 e 4 sono subordinati all'esistenza delle opere di urbanizzazione primaria ovvero al loro adeguamento in ragione del maggiore carico urbanistico connesso al previsto aumento di volume o di superficie degli edifici esistenti, ad esclusione degli interventi realizzati sulla prima casa di abitazione.

5. Fermo restando quanto previsto dai commi 1, 2, 3 e 4, i comuni entro il termine del 30 ottobre 2009 deliberano, sulla base di specifiche valutazioni di carattere urbanistico, edilizio, paesaggistico ed ambientale, se o con quali ulteriori limiti e modalità applicare la normativa di cui agli articoli 2, 3 e 4. Decorso inutilmente tale termine la Giunta regionale, entro i successivi quindici giorni, nomina un commissario ad acta con il compito di convocare, entro e non oltre dieci giorni, il consiglio comunale ai fini dell'eventuale adozione del provvedimento.

6. L'istanza intesa ad ottenere il titolo abilitativo per gli ampliamenti di cui all'articolo 2 riguarda anche i fabbricati il cui progetto o richiesta del titolo abilitativo edilizio siano stati presentati al comune entro il 31 marzo 2009. Per gli edifici residenziali in zona agricola l'ampliamento del 20 per cento qualora sia realizzato sulla prima casa di abitazione, è calcolato sulla volumetria massima assentibile ai sensi della vigente normativa.

7. Le istanze relative agli interventi di cui agli articoli 2, 3 e 4 devono essere presentate entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge ed i relativi interventi, ad esclusione di quelli sulla prima casa di abitazione, non possono iniziare prima del decorso del termine di cui al comma 5 e comunque non prima del rilascio del titolo edilizio ove previsto.

8. Sono fatte salve le disposizioni in materia di distanze previste dalla normativa statale vigente.

9. È comunque ammesso, anche negli edifici ricadenti nei centri storici di cui all'articolo 2 del decreto ministeriale n. 1444 del 1968 non sottoposti al vincolo di cui al comma 1, lettera b), l'aumento della superficie utile di pavimento all'interno del volume autorizzato, nel rispetto dei parametri igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente.”.

Nota all'articolo 7:

- Il testo dell'art. 8 della legge regionale n. 26/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 8 - Interpretazione autentica dell'articolo 7 e dell'articolo 9 comma 3, comma 4, comma 6 e comma 7 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 .

1. Per “prima abitazione del proprietario” di cui all'articolo 7 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 e “prima casa di abitazione” di cui al comma 3, comma 4, comma 6 e comma 7 dell'articolo 9 della medesima legge, si intendono le unità immobiliari in proprietà, usufrutto o altro diritto reale in cui l'avente titolo, o i suoi familiari, risiedono oppure *si obblighino a stabilire la residenza ed a mantenerla almeno per i ventiquattro mesi successivi al rilascio del certificato di agibilità*.

2. Gli eventuali provvedimenti negativi già rilasciati dal comune sulla base di un'interpretazione dell'articolo 7 e dell'articolo 9 comma 3, comma 4, comma 6 e comma 7 della legge regionale 8 luglio 2009, n. 14 diversa da quella indicata al comma 1, sono riesaminati alla luce di quanto previsto dal medesimo comma 1.”

Note all'articolo 9:

- Il testo dell'art. 10 della legge regionale n. 16/2007, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 10 - Facilitazioni per interventi su immobili abitati da persone con disabilità.

1. La realizzazione di incrementi volumetrici o di superficie utile abitabile, funzionali alla fruibilità di edifici abitati da soggetti riconosciuti invalidi con *impedimento permanente alla deambulazione* dalla competente commissione, ai sensi dell'articolo 4 della legge n. 104/1992 dà diritto alla riduzione delle somme dovute a titolo di costo di costruzione in relazione all'intervento, in misura del cento per cento.

2. La Giunta regionale con proprio provvedimento stabilisce i criteri per l'attuazione della disposizione di cui al comma 1.

3. Per gli edifici esistenti alla data di entrata in vigore della presente legge, ricompresi nelle zone territoriali omogenee di tipo B, C ed E di cui al decreto ministeriale 2 aprile 1968, n. 1444 “Limiti inderogabili di densità edilizia, di altezza, di distanza fra i fabbricati e rapporti massimi tra gli spazi destinati agli insediamenti residenziali e produttivi e spazi pubblici o riservati alle attività collettive, al verde pubblico o a parcheggi, da osservare ai fini della formazione dei nuovi strumenti urbanistici o della revisione di quelli esistenti, ai sensi dell'articolo 17 della legge 6 agosto 1967 n. 765” e successive modificazioni, sono consentiti, anche in deroga agli indici di zona previsti dagli strumenti urbanistici vigenti, per una sola volta, interventi di ampliamento della volumetria nella misura massima di 150 metri cubi, realizzati in aderenza agli edifici esistenti limitatamente ad un singolo intervento per nucleo familiare.

4. Restano fermi, per gli ampliamenti di cui al comma 3, le disposizioni a tutela dei beni ambientali e culturali, la normativa vigente sulle distanze dalle strade, sulle distanze dai confini e tra pareti finestrate e pareti di edifici antistanti, nonché gli eventuali vincoli igienico-sanitari che vietano ogni tipo di nuova edificazione.

5. La domanda per il rilascio dei titoli abilitativi edilizi deve essere corredata da:

a) una certificazione medica rilasciata dall'azienda ULSS, attestante la situazione di handicap grave, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge n. 104/1992, o equivalente certificazione medica ai sensi del comma 3 dell'articolo 94 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge finanziaria 2003), già rilasciata

o in attesa di rilascio, relativa alla persona ivi residente;

- b) una dettagliata relazione a firma di un progettista abilitato, accompagnata da idonea rappresentazione grafica dello stato di fatto, che attesti l'impossibilità tecnica di reperire spazi adeguati nell'ambito dell'edificio di residenza;
- c) il progetto del nuovo volume che evidenzia le soluzioni tecniche adottate per il conseguimento delle speciali finalità dell'intervento, nel rispetto della normativa vigente.

6. All'atto del rilascio dei titoli abilitativi edilizi, sulle volumetrie realizzate ai sensi del comma 3, è istituito a cura del titolare del permesso un vincolo di durata decennale, da trascriversi presso la conservatoria dei registri immobiliari, di non variazione della destinazione d'uso, di non alienazione e non locazione a soggetti che non siano persone con disabilità.

- Il testo dell'art. 12 della legge regionale n. 14/2009, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 12 - Modifiche all'articolo 10 della legge regionale 12 luglio 2007, n. 16 “Disposizioni generali in materia di eliminazione delle barriere architettoniche”.

1. abrogato

2. Al comma 3 dell'articolo 10 della legge regionale 12 luglio 2007, n. 16, le parole “120 metri cubi” sono sostituite dalle parole “150 metri cubi”.”

Note all'articolo 10:

- Il testo dell'art. 4 della legge regionale n. 7/2011 è il seguente:

“Art. 4 - Disposizioni transitorie in materia di impianti fotovoltaici a terra e di impianti di produzione alimentati da biomassa e a biogas e bioliquidi e oneri istruttori in attuazione del decreto del Ministero dello sviluppo economico del 10 settembre 2010 “Linee guida per l'autorizzazione degli impianti alimentati da fonti rinnovabili”.

1. Nelle more dell'emanazione del decreto del Ministero dello sviluppo economico di cui all'articolo 8 bis del decreto-legge 30 dicembre 2008, n. 208 “Misure straordinarie in materia di risorse idriche e di protezione dell'ambiente” convertito in legge con modificazioni dalla legge 27 febbraio 2009, n. 13, e della approvazione di uno specifico stralcio del Piano energetico regionale di cui all'articolo 2 della legge regionale 27 dicembre 2000, n. 25 “Norme per la pianificazione energetica regionale, l'incentivazione del risparmio energetico e lo sviluppo delle fonti rinnovabili di energia”, relativo alla produzione di energia da fonti rinnovabili, da parte del Consiglio regionale, e comunque non oltre il 31 dicembre 2011, non possono essere rilasciate autorizzazioni alla realizzazione ed all'esercizio di impianti fotovoltaici a terra in area agricola di potenza di picco superiore a 200kWp, di impianti di produzione di energia alimentati da biomassa di potenza elettrica superiore a 500kWe, nonché di quelli alimentati a biogas e bioliquidi di potenza elettrica superiore a 1.000kWe.

2. Sono comunque fatte salve le istanze di autorizzazione di impianti fotovoltaici presentate alla data di entrata in vigore della presente legge.

3. La Giunta regionale è altresì autorizzata ad effettuare gli studi e le analisi per la verifica del potenziale di sviluppo sostenibile della produzione di energia da fonti rinnovabili ai fini del conseguimento degli obiettivi di cui al comma 1 e dell'individuazione delle aree e dei siti non idonei all'installazione di impianti alimentati da fonti energetiche rinnovabili di cui al comma 10 dell'articolo 12 del decreto legislativo 29 dicembre 2003, n. 387 “Attuazione della direttiva 2001/77/CE relativa alla promozione dell'energia elettrica prodotta da

fonti energetiche rinnovabili nel mercato interno dell'elettricità".

4. In applicazione di quanto previsto dal punto 9.1. dell'Allegato "Linee guida per il procedimento di cui all'articolo 12 del decreto legislativo 29 dicembre 2003, n. 387 per l'autorizzazione alla costruzione e all'esercizio di impianti di produzione di elettricità da fonti rinnovabili nonché linee guida tecniche per gli impianti stessi" del decreto del Ministero dello sviluppo economico del 10 settembre 2010 "Linee guida per l'autorizzazione degli impianti alimentati da fonti rinnovabili", la Giunta regionale è autorizzata ad applicare oneri istruttori al fine di coprire le spese istruttorie di cui al paragrafo 14 del predetto allegato del decreto ministeriale, inerenti l'avvio e lo svolgimento del procedimento unico per gli impianti alimentati da fonti rinnovabili.

5. Gli oneri di cui al comma 4 sono a carico del proponente e sono rapportati al valore degli interventi in misura pari allo 0,025 per cento dell'investimento.

6. Le entrate derivanti dalla riscossione degli oneri istruttori di cui al comma 5, quantificate in euro 88.000,00, sono introitate nell'upb E0039 "Prestazione di servizi" del bilancio di previsione 2011."

- Il testo dell'art. 6 della decreto legislativo n. 28/2011 è il seguente:

"Art. 6 Procedura abilitativa semplificata e comunicazione per gli impianti alimentati da energia rinnovabile

1. Ferme restando le disposizioni tributarie in materia di accisa sull'energia elettrica, per l'attività di costruzione ed esercizio degli impianti alimentati da fonti rinnovabili di cui ai paragrafi 11 e 12 delle linee guida, adottate ai sensi dell'articolo 12, comma 10 del decreto legislativo 29 dicembre 2003, n. 387 si applica la procedura abilitativa semplificata di cui ai commi seguenti.

2. Il proprietario dell'immobile o chi abbia la disponibilità sugli immobili interessati dall'impianto e dalle opere connesse presenta al Comune, mediante mezzo cartaceo o in via telematica, almeno trenta giorni prima dell'effettivo inizio dei lavori, una dichiarazione accompagnata da una dettagliata relazione a firma di un progettista abilitato e dagli opportuni elaborati progettuali, che attestino la compatibilità del progetto con gli strumenti urbanistici approvati e i regolamenti edilizi vigenti e la non contrarietà agli strumenti urbanistici adottati, nonché il rispetto delle norme di sicurezza e di quelle igienico-sanitarie. Alla dichiarazione sono allegati gli elaborati tecnici per la connessione redatti dal gestore della rete. Nel caso in cui siano richiesti atti di assenso nelle materie di cui al comma 4 dell'articolo 20 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e tali atti non siano allegati alla dichiarazione, devono essere allegati gli elaborati tecnici richiesti dalle norme di settore e si applica il comma 5.

3. Per la procedura abilitativa semplificata si applica, previa deliberazione del Comune e fino alla data di entrata in vigore dei provvedimenti regionali di cui al comma 9, quanto previsto dal comma 10, lettera c), e dal comma 11 dell'articolo 10 del decreto-legge 18 gennaio 1993, n. 8, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 marzo 1993, n. 68.

4. Il Comune, ove entro il termine indicato al comma 2 sia riscontrata l'assenza di una o più delle condizioni stabilite al medesimo comma, notifica all'interessato l'ordine motivato di non effettuare il previsto intervento e, in caso di falsa attestazione del professionista abilitato, informa l'autorità giudiziaria e il consiglio dell'ordine di appartenenza; è comunque salva la facoltà di ripresentare la dichiarazione, con le modifiche o le integrazioni necessarie per renderla conforme alla normativa urbanistica ed edilizia. Se il Comune non procede ai sensi del periodo precedente, decorso il termine di trenta giorni dalla data di ricezione della dichiarazione di cui comma 2,

l'attività di costruzione deve ritenersi assentita.

5. Qualora siano necessari atti di assenso, di cui all'ultimo periodo del comma 2, che rientrino nella competenza comunale e non siano allegati alla dichiarazione, il Comune provvede a renderli tempestivamente e, in ogni caso, entro il termine per la conclusione del relativo procedimento fissato ai sensi dell'articolo 2 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. Se gli atti di assenso non sono resi entro il termine di cui al periodo precedente, l'interessato può adire i rimedi di tutela di cui all'articolo 117 del decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104. Qualora l'attività di costruzione e di esercizio degli impianti di cui al comma 1 sia sottoposta ad atti di assenso di competenza di amministrazioni diverse da quella comunale, e tali atti non siano allegati alla dichiarazione, l'amministrazione comunale provvede ad acquisirli d'ufficio ovvero convoca, entro venti giorni dalla presentazione della dichiarazione, una conferenza di servizi ai sensi degli articoli 14 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni. Il termine di trenta giorni di cui al comma 2 è sospeso fino alla acquisizione degli atti di assenso ovvero fino all'adozione della determinazione motivata di conclusione del procedimento ai sensi dell'articolo 14-ter, comma 6-bis, o all'esercizio del potere sostitutivo ai sensi dell'articolo 14-quater, comma 3, della medesima legge 7 agosto 1990, n. 241.

6. La realizzazione dell'intervento deve essere completata entro tre anni dal perfezionamento della procedura abilitativa semplificata ai sensi dei commi 4 o 5. La realizzazione della parte non ultimata dell'intervento è subordinata a nuova dichiarazione. L'interessato è comunque tenuto a comunicare al Comune la data di ultimazione dei lavori.

7. La sussistenza del titolo è provata con la copia della dichiarazione da cui risulta la data di ricevimento della dichiarazione stessa, l'elenco di quanto presentato a corredo del progetto, l'attestazione del professionista abilitato, nonché gli atti di assenso eventualmente necessari.

8. Ultimato l'intervento, il progettista o un tecnico abilitato rilascia un certificato di collaudo finale, che deve essere trasmesso al Comune, con il quale si attesta la conformità dell'opera al progetto presentato con la dichiarazione, nonché ricevuta dell'avvenuta presentazione della variazione catastale conseguente alle opere realizzate ovvero dichiarazione che le stesse non hanno comportato modificazioni del classamento catastale.

9. Le Regioni e le Province autonome possono estendere la soglia di applicazione della procedura di cui al comma 1 agli impianti di potenza nominale fino ad 1 MW elettrico, definendo altresì i casi in cui, essendo previste autorizzazioni ambientali o paesaggistiche di competenza di amministrazioni diverse dal Comune, la realizzazione e l'esercizio dell'impianto e delle opere connesse sono assoggettate all'autorizzazione unica di cui all'articolo 5. Le Regioni e le Province autonome stabiliscono altresì le modalità e gli strumenti con i quali i Comuni trasmettono alle stesse Regioni e Province autonome le informazioni sui titoli abilitativi rilasciati, anche per le finalità di cui all'articolo 16, comma 2. Con le medesime modalità di cui al presente comma, le Regioni e le Province autonome prevedono la corresponsione ai Comuni di oneri istruttori commisurati alla potenza dell'impianto.

10. I procedimenti pendenti alla data di entrata in vigore del presente decreto legislativo sono regolati dalla previgente disciplina, ferma restando per il proponente la possibilità di optare per la procedura semplificata di cui al presente articolo.

11. La comunicazione relativa alle attività in edilizia libera, di cui ai paragrafi 11 e 12 delle linee guida adottate ai sensi dell'articolo 12, comma 10 del decreto legislativo 29 dicembre 2003, n. 387 con-

tinua ad applicarsi, alle stesse condizioni e modalità, agli impianti ivi previsti. Le Regioni e le Province autonome possono estendere il regime della comunicazione di cui al precedente periodo ai progetti di impianti alimentati da fonti rinnovabili con potenza nominale fino a 50 kW, nonché agli impianti fotovoltaici di qualsivoglia potenza da realizzare sugli edifici, fatta salva la disciplina in materia di valutazione di impatto ambientale e di tutela delle risorse idriche.”.

Nota all'articolo 11:

- Il testo dell'art. 20 della legge regionale n. 11/2004, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

“Art. 20 – Procedimento di formazione, efficacia e varianti del piano urbanistico attuativo.

1. Il piano urbanistico attuativo (PUA) è adottato dalla Giunta comunale ed approvato dal Consiglio comunale. Qualora il piano sia di iniziativa privata la Giunta comunale, entro il termine di *settantacinque giorni* dal ricevimento della proposta corredata dagli elaborati previsti, adotta il piano oppure lo restituisce qualora non conforme alle norme e agli strumenti urbanistici vigenti.

2. abrogato

3. Entro cinque giorni dall'adozione il piano è depositato presso la segreteria del comune per la durata di dieci giorni; dell'avvenuto deposito è data notizia mediante avviso pubblicato nell'albo pretorio del comune e mediante l'affissione di manifesti. Nei successivi venti giorni i proprietari degli immobili possono presentare opposizioni mentre chiunque può presentare osservazioni.

4. Entro *settantacinque giorni* dal decorso del termine di cui al comma 3, il Consiglio comunale approva il piano decidendo sulle osservazioni e sulle opposizioni presentate. Il Consiglio comunale in sede di approvazione del piano dichiara, altresì, la sussistenza delle eventuali disposizioni plano-volumetriche, tipologiche, formali e costruttive contenute nel piano urbanistico attuativo (PUA) al fine di consentire la realizzazione degli interventi mediante denuncia di inizio attività (DIA) ai sensi dell'articolo 22, comma 3, lettera b) del decreto del Presidente della Repubblica n. 380 del 2001 e successive modificazioni.

4 bis. I termini previsti dai commi 1, 3 e 4 sono perentori; qualora decorrano inutilmente i termini di cui ai commi 1 e 4 il piano si intende adottato o approvato e le opposizioni e osservazioni eventualmente presentate, respinte.

5. Il piano approvato è depositato presso la segreteria del comune ed il relativo deposito, nel caso di piani urbanistici attuativi di iniziativa pubblica, è notificato a ciascun proprietario degli immobili vincolati dal piano stesso nelle forme degli atti processuali civili o a mezzo di messo comunale, entro quindici giorni dall'avviso dell'avvenuto deposito.

6. I piani urbanistici attuativi di iniziativa privata sono redatti e presentati dagli aventi titolo che rappresentino almeno il 51% del valore degli immobili ricompresi nell'ambito, in base al relativo imponibile catastale e, comunque, che rappresentino almeno il 75% delle aree inserite nell'ambito medesimo. Il piano approvato è depositato ed il relativo deposito è notificato ai proprietari dissenzienti nelle forme previste per gli atti processuali civili o a mezzo di messo comunale. Dopo l'entrata in vigore del piano, l'inutile decorso dei termini previsti per la sua attuazione costituisce titolo per procedere all'espropriazione degli immobili degli aventi titolo dissenzienti secondo le modalità e per gli effetti previsti dall'articolo 21.

7. Per i programmi integrati può essere seguita la procedura dell'accordo di programma di cui all'articolo 7.

8. Il piano entra in vigore dieci giorni dopo la pubblicazione nell'albo pretorio del comune del provvedimento di approvazione.

9. Il piano ha efficacia per dieci anni, rimanendo fermo a tempo indeterminato soltanto l'obbligo di osservare nella costruzione di nuovi edifici e nella modificazione di quelli esistenti gli allineamenti e le prescrizioni stabiliti nel piano stesso. La costruzione di nuovi edifici è ammessa a condizione che gli edifici siano serviti dalle opere di urbanizzazione.

10. Decorso il termine stabilito per l'esecuzione del piano, lo stesso diventa inefficace per le parti non attuate.

11. Entro sessanta giorni dalla scadenza del termine stabilito per l'esecuzione del piano urbanistico attuativo è possibile presentare un nuovo piano per il completamento della parte rimasta inattuata. Prima della scadenza, il comune può prorogare la validità del piano per un periodo non superiore a cinque anni.

12. L'approvazione del piano comporta la dichiarazione di pubblica utilità per le opere in esso previste per la durata di dieci anni, salvo diverse disposizioni di legge per la singola fattispecie, prorogabile dal comune per un periodo non superiore a cinque anni.

13. Le varianti al piano sono adottate e approvate con le procedure di cui al presente articolo entro il termine di efficacia del medesimo.

14. Possono essere approvate varianti sottoscritte dai soli titolari delle aree incluse nella variante, purché le medesime non incidano sui criteri informativi del PUA secondo i parametri definiti dal piano degli interventi.”.

4. Struttura di riferimento

Direzione urbanistica e paesaggio

PARTE SECONDA

CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E
DELIBERAZIONI

Sezione seconda

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 859
del 21 giugno 2011

**Aggiornamento del Nomenclatore Tariffario regionale
delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e utilizzo
di diverso regime erogativo.**

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:

La continua evoluzione delle conoscenze in campo clinico e diagnostico parallelamente all'evolversi delle tecnologie e all'affinamento delle metodiche di diagnosi ha reso necessario apportare alcuni aggiornamenti al Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, autorizzando l'erogazione di nuove prestazioni in tale setting assistenziale.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con Dgr n. 4776 del 30 dicembre 1997, alla luce del Dm 22.7.1996 "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del S.S.N. e relative tariffe", la Giunta regionale ha approvato il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario regionale e le relative tariffe, oltre alle specifiche regole e prescrizioni applicative, secondo quanto riportato negli allegati del provvedimento stesso.

Con successiva Dgr n. 5270 del 28 dicembre 1998, modificata dalla Dgr n. 248 del 2 febbraio 1999, è stato approvato, con decorrenza 1° gennaio 1999, il primo aggiornamento dello stesso; la deliberazione n. 3051 del 16 novembre 2001 ha poi disposto la conversione in euro delle tariffe.

A seguito dell'emanazione del Dpcm 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" la Giunta regionale, con Dgr n. 492 del 8 marzo 2002, Dgr n. 2227 del 9 agosto 2002 e Dgr n. 3972 del 30 dicembre 2002, ha recepito lo stesso ed ha emanato disposizioni applicative che hanno comportato ulteriori modifiche al Nomenclatore Tariffario, vale a dire a ciò che costituisce "livello essenziale di assistenza" per la specialistica ambulatoriale nell'ambito della Regione Veneto.

Successivamente, in attuazione di quanto previsto dall'allegato 2C del Dpcm del 29 novembre 2001 appena citato, il Nomenclatore è stato ulteriormente modificato con l'introduzione di alcune prestazioni, prima erogate solamente in regime di ricovero ospedaliero, che si è proceduto a ricondurre anche al regime ambulatoriale secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse. Si richiamano, a tal proposito, la Dgr n. 2883 del 3 ottobre 2003, la Dgr n. 2468 del 1 agosto 2006, la Dgr n. 2612 del 7 agosto 2007 e la Dgr n. 3850 del 5 dicembre 2006 per quanto riguarda le prestazioni "inserzione del cristallino artificiale intraoculare al momento dell'estrazione di cataratta", "legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore", "liberazione del tunnel

carpale". Va inoltre menzionata la Dgr n. 3734 del 20 aprile 2007 che ha introdotto nel Nomenclatore tariffario le prestazioni relative alla riparazione di ernia inguinale e femorale. Infine, con Dgr n. 734 del 20 marzo 2007 e Dgr n. 2140 del 10 luglio 2007 si è provveduto ad inserire nel Nomenclatore Tariffario anche le prestazioni di radioterapia e chemioterapia, rendendole erogabili anche in regime ambulatoriale.

Nelle more di una generale revisione del Nomenclatore Tariffario conseguente alla più volte annunciata ridefinizione a livello nazionale dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al Dpcm 29 novembre 2001, l'Amministrazione regionale ritiene opportuno e non più rinviabile apportare alcune necessarie modifiche in ordine all'erogazione di alcune prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e all'utilizzo dei diversi regimi erogativi.

La necessità di apportare tali modifiche al Nomenclatore Tariffario regionale è dettata principalmente dalle seguenti esigenze:

1. aggiornare alcune voci, non più pienamente rispondenti alle reali modalità di erogazione nel territorio veneto;
2. modificare la descrizione di alcune prestazioni presenti nell'attuale Nomenclatore, inserendo specifiche integrazioni o dandone una definizione più chiara, anche al fine di garantire omogeneità applicativa;
3. aggiornare, dove è emersa la necessità, il numero di sedute per alcune prestazioni terapeutiche per garantire l'efficacia delle stesse in relazione alla patologia e alle condizioni fisiche del paziente;
4. definire per alcune prestazioni le condizioni di erogabilità per garantirne l'appropriatezza;
5. ricondurre, alla luce di quanto previsto dall'allegato 2C del Dpcm 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", così come recepito dalla Dgr n. 2227 del 9 agosto 2002 e dal Patto per la salute 2010-2012 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 (rep. 243/CSR) anche al regime di erogazione ambulatoriale, secondo criteri di appropriatezza clinica, economicità ed efficienza nell'utilizzo delle risorse, ulteriori prestazioni attualmente effettuabili solo in regime di ricovero;
6. inserire nuove prestazioni, individuate con la nota convenzionale "I", sia innovative sia di uso corrente, delle quali la Regione ha stabilito l'erogabilità nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a proprio carico, rivedendo così anche la disciplina regionale delle c.d. "prestazioni di nicchia".

Va peraltro segnalato che le modifiche proposte sono in linea con la revisione generale della nomenclatura, ultimata a livello nazionale (non ancora adottata) dal gruppo di lavoro ristretto del progetto "Mattone Prestazioni Ambulatoriali" composto sia da rappresentanti delle regioni, tra cui la Regione Veneto, che da medici specialisti ambulatoriali, esperti nelle varie branche/discipline e tengono conseguentemente conto del materiale medico-scientifico acquisito e valutato in tale sede.

Inoltre, a supporto delle scelte operate, è stato utilizzato anche il materiale scientifico/economico - relativamente alle indicazioni cliniche, al miglioramento dell'efficacia diagnostica e/o terapeutica, alla valutazione dei costi sui fattori produttivi impiegati - allegato alle numerose richieste di introdurre nuove prestazioni nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale pervenute in questi anni presso gli uffici regionali.

Ciò premesso, si procede ad illustrare sinteticamente le principali modifiche di cui si propone l'approvazione.

Con deliberazione n. 2883 del 3 ottobre 2003 la Giunta regionale ha introdotto il concetto di prestazione “di nicchia”, definendola come una prestazione ambulatoriale relativa a malattie rare o a settori di alta specializzazione per la quale, non ricorrendo il concetto di “diffusibilità”, non era ancora stato previsto l’inserimento nel Nomenclatore Tariffario, ivi stabilendo le condizioni per l’erogazione di dette prestazioni, ritenute indispensabili da alcuni specialisti al fine di una corretta diagnosi e/o cura, a carico del Servizio Sanitario regionale.

Il progredire costante delle nuove conoscenze in campo clinico e diagnostico, parallelamente all’evolversi delle tecnologie e all’affinamento delle metodiche di diagnosi, ha fatto sì che sia le Aziende Ulss che le Aziende Ospedaliere abbiano sovente richiesto in questi anni l’autorizzazione ad erogare, a carico del Servizio Sanitario regionale, prestazioni specialistiche ambulatoriali di “nicchia” non previste dal vigente Nomenclatore regionale.

Nel contempo, il progresso scientifico ha promosso l’utilizzo di molte prestazioni rientranti a livello regionale nel concetto “di nicchia”, tanto da far assumere alle stesse quella caratteristica di “diffusibilità”, che ne giustifica l’inserimento nel Nomenclatore. Inoltre, l’esperienza maturata ha messo comunque in evidenza l’esigenza di una maggior tracciabilità di dette prestazioni e di uniformità di tariffa di remunerazione per tutti gli erogatori autorizzati ad erogarle, condizioni non garantite dalla relativa disciplina. Si ritiene, quindi, di inserire tutte le prestazioni attualmente c.d. di nicchia nel nomenclatore tariffario assoggettandole alle regole generali, anche di compartecipazione alla spesa sanitaria, salvo aver determinato, a seconda delle caratteristiche e della specificità delle stesse, limiti di erogazione, sia per quanto riguarda il soggetto erogatore, sia in relazione alla patologia e alla tipologia di paziente a cui possono essere erogate secondo il canone generale dell’appropriatezza clinica.

Pertanto, dalla data di entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario, come modificato dal presente provvedimento, non troverà più applicazione la disciplina delle prestazioni di nicchia di cui alla Dgr 2883/2003 e la nota della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 174500/50.08 del 30 marzo 2009 con i relativi allegati A e B, con la quale, da ultimo, erano state autorizzate le varie aziende richiedenti.

Nell’ambito delle prestazioni ambulatoriali che sono state meglio specificate, ai fini prevalentemente organizzativo-gestionali, meritano particolare attenzione “le prime visite specialistiche” (cod. 89.7) e “le visite specialistiche di controllo” (cod. 89.01).

Innanzitutto si è ritenuto di specificare meglio la definizione di prima visita e visita di controllo - follow up al fine garantire uniformità applicativa.

La prima visita è quella in cui il problema clinico del paziente è affrontato per la prima volta, è predisposta appropriata documentazione e impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente noto per una patologia cronica che presenta un nuovo problema clinico.

La visita di controllo - follow up è intesa come l’accesso successivo in cui un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esistente è aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita. Si tratta di prestazioni finalizzate, ad esempio, a seguire nel tempo l’evoluzione di patologie croniche, valutare a distanza l’eventuale insorgenza di complicanze, verificare la stabilizzazione

della patologia o il mantenimento degli esiti dell’intervento. Analogamente possono essere definite successive al primo accesso anche quelle prestazioni programmate dallo specialista che ha preso in carico il paziente, qualora il precedente inquadramento diagnostico necessiti di approfondimento.

Sono sempre da ritenersi visite di controllo - follow up tutte quelle prescritte con l’indicazione del codice di esenzione per patologia in ricetta, ai sensi di quanto previsto dal Dm 28.5.1999, n. 329 e dalle ulteriori disposizioni regionali, volte a monitorare la malattia, a valutare le complicanze di nuova insorgenza, alla prevenzione degli ulteriori aggravamenti e ciò anche se il paziente accede per la prima volta ad una struttura e/o ad una branca/disciplina specialistica diversa da quella di riferimento per la diagnosi della malattia esente, essendo già presente l’inquadramento diagnostico.

A tale proposito si ricorda che l’attestato di esenzione, rilasciato dall’Azienda Sanitaria locale di residenza dell’assistito, consente di fruire, su tutto il territorio nazionale, delle prestazioni specificamente previste dallo stesso, tra cui la visita specialistica di controllo, corrispondente al codice 89.01 “Anamnesi e valutazione definite brevi - Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima”, così come definita dal Dm del 22 luglio 1996.

Inoltre, alla luce del lavoro di revisione generale del Nomenclatore ultimato a livello nazionale dal gruppo tecnico ristretto del progetto “Mattone Prestazioni Ambulatoriali”, si è ritenuto opportuno dettagliare la prima visita e la visita di controllo, fino ad ora previste con un codice generale, in relazione alle singole branche specialistiche presenti nel Nomenclatore Tariffario, attribuendo codici identificativi specifici. All’atto della compilazione della ricetta il medico prescrittore dovrà utilizzare i nuovi codici alfanumerici a cinque caratteri che, pur mantenendo la radice comune “89.01” oppure “89.7” specificano nel dettaglio la branca specialistica di riferimento. Ciò garantisce maggior tracciabilità delle prestazioni, anche per il monitoraggio richiesto dal Piano Nazionale Governo Liste d’Attesa, la disponibilità di maggiori informazioni, rilevanti sia ai fini dei sistemi di controllo dell’appropriatezza, sia a supporto delle politiche programmatiche.

Pertanto, nel caso in cui il prescrittore non individui tra le declinazioni della prima visita o della visita di controllo di nuova introduzione quella di interesse, ad esempio perché relativa ad una disciplina non riconducibile ad una branca specialistica o nel caso delle esenzioni (essendo necessario far riferimento al codice prestazione espressamente previsto dall’esenzione) può ancora utilizzare i codici generici “89.01” e “89.7”, tuttora presenti nel Nomenclatore nella Branca “Altre Prestazioni”.

Sempre con riferimento alle visite sono state introdotte nuove prestazioni identificate con il codice:

N.T. I 89.02 VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA Tariffa 3,00 euro

Tale prestazione può essere richiesta esclusivamente dallo specialista che, in occasione di prima visita, a fronte di un primo inquadramento diagnostico, abbia ravvisato la necessità di ulteriori visite specialistiche di altra branca o disciplina e/o di esami strumentali, rimandando ad un successivo momento la visione dei relativi referti per il completamento diagnostico; lo stesso è tenuto a motivare la richiesta al medico inviante.

**N.T. I 89.7C.3 PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTER-
VENTISTICA** Tariffa 20,50 euro

La previsione di tale prestazione è giustificata dalla possibilità di erogare, in un immediato futuro, anche in regime ambulatoriale alcune prestazioni di Radiologia Interventistica, da individuare a cura di gruppi tecnici di lavoro di prossima istituzione.

N.T. I 89.7R.1 PRIMA VISITA REUMATOLOGICA
Tariffa 20,50 euro

L'inserimento è giustificato dalla necessità di tracciabilità e monitoraggio di tale prestazione, anche con riferimento ai tempi di attesa, in considerazione dell'importanza clinica della stessa, visto il crescente aumento di pazienti affetti da patologia reumatica, e anche al fine del rilascio della certificazione della Sindrome di Sjögren per l'esenzione dalla partecipazione alla spesa (Dgr n. 2049 del 3/7/2007).

A fini organizzativi e di tracciabilità si è anche differenziata la visita ginecologica dalla visita ostetrica, sostituendo l'attuale codice e la relativa descrizione con le seguenti:

N.T. I 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso:
eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale,
eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3.
Tariffa 20,50 euro

N.T. I 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA. Non associabile
a 89.26.1. Tariffa 20,50 euro

Va poi evidenziato che alcune visite sono state completate nella parte descrittiva, aggiungendo atti clinici, manovre o esami strumentali necessari per la formulazione della diagnosi, nella pratica spesso già effettuati dagli specialisti.

Analogamente con quanto fatto per le visite specialistiche, le prestazioni di diagnostica per immagini sono state in grande misura precisate, individuando codici nuovi e perfezionando, con descrizioni più pertinenti, l'individuazione dell'organo o del segmento corporeo oggetto di esame, al fine di facilitare una più appropriata prescrizione e garantire uniformità di erogazione.

Per quanto riguarda l'ecografia in ostetricia, si è ritenuto opportuno differenziare le ecografie di routine a cui vengono sottoposte le gestanti generalmente secondo le cadenze temporali del percorso gravidanza di cui al Dm 6.3.1995, dall'ecografia c.d. "morfologica" che presenta, in relazione alle finalità che la contraddistinguono (diagnosi delle malformazioni fetali), complessità e connotati clinici diversi dagli altri esami ecografici, con tempi di esecuzione superiori a quelli necessari per una normale ecografia ostetrica. A questo scopo è stata inserita nel NT la seguente prestazione, unitamente alle opportune condizioni di erogabilità, con una nuova tariffa che tiene conto delle peculiarità di tale esame:

N.T. 88.78.3 ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA.
Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo
trimestre di gravidanza. Non associabile a cod. 88.75.1;
Tariffa 129,10 euro

Alcune prestazioni, già presenti nel NT, hanno negli anni, in relazione all'esito diagnostico richiesto, evidenziato problematiche sia nel momento della prescrizione, sia in fase di erogazione. Si sono pertanto sentiti alcuni specialisti del settore pubblico e delle strutture private accreditate e sono state prese in esame le prestazioni che presentavano queste criticità. Si è quindi convenuto in relazione alle esigenze cliniche e prescrittive di introdurre prestazioni sostitutive o, in casi più complessi, di modificare la descrizione originaria o effettuare alcuni accorpamenti. In particolare, l'esame elettromiografico è stato parzialmente sostituito con i seguenti nuovi inserimenti:

**N.T. IEA 93.08.S STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELET-
TROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO.**
Non associabile cod. 93.08.1, cod. 93.08.5, cod. 93.09.1 e cod.
93.09.2. Tariffa 125,40 euro

**N.T. IEA 93.08.T STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELET-
TROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO.**
Non associabile cod. 93.08.1, cod. 93.08.5, cod. 93.09.1 e cod.
93.09.2. Tariffa 114,00 euro

**N.T. IEA 93.08.V STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELET-
TROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COM-
PLETO.** Monolaterale. Non associabile cod. 93.08.1, cod.
93.08.5, cod. 93.09.1, cod. 93.09.2, cod. 95.25 e POLISON-
NOGRAFIA (89.17). Tariffa 79,80 euro

**N.T. IEA 93.08.Z STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELET-
TROMIOGRAFICO] DEL TRONCO.** Non associabile cod. 93.08.1,
cod. 93.08.5, cod. 93.09.1 e cod. 93.09.2. Tariffa 79,80 euro

In considerazione delle modifiche effettuate, qualora l'elettromiografia sia richiesta per un paziente non esente per patologia cronica, la prestazione da erogare dovrà corrispondere sempre a una delle prestazioni sopra riportate che comprende l'intero percorso utile alla soluzione del quesito diagnostico, compreso lo studio comparativo dell'arto contro laterale. Invece, per il paziente esente si dovrà continuare ad utilizzare la prestazione con il codice 93.08.1 per le esigenze della disciplina nazionale in tema di esenzioni.

Si è poi proceduto ad inserire nel Nomenclatore, per garantire una corretta e non dolorosa esecuzione di alcune tipologie di indagini diagnostiche, la seguente prestazione:

N.T. IE 99.29.A SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle
endoscopie e biopsie in corso di endoscopia, TAC e RM.
Tariffa 20,00 euro

Proseguendo nel percorso iniziato fin dall'anno 2003, volto a favorire il corretto utilizzo dei diversi regimi erogativi (ricovero/ambulatoriale), con il presente atto si procede, in adempimento del Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 adottato dalla Conferenza Stato-Regioni-PA mediante l'intesa del 3 dicembre 2009 (rep. 243/CSR), al trasferimento anche al regime ambulatoriale, di tutte le prestazioni (non ancora ricondotte con i precedenti provvedimenti regionali citati) indicate nell'Allegato A alla medesima intesa, che sono state definite ad alto rischio di non appropriatezza se erogate in regime di day surgery, dal momento che lo sviluppo della pratica medica, dell'organizza-

zione ospedaliera, oltre che la disponibilità di nuove tecnologie sanitarie consentono l'erogazione delle stesse in regime ambulatoriale, in totale sicurezza per il paziente e per l'operatore.

Conseguentemente si procede ad inserire nel Nomenclatore della specialistica ambulatoriale le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

N.T. IHEA 04.44 LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHEA 08.72 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: cod. 08.44 e cod.08.6. Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1166,60 euro

N.T. IHA 08.74 RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: cod. 08.44 e cod. 08.6. Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1166,60 euro

N.T. IHA 13.19.1 INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 1250,00 euro

N.T. IHA 13.70.1 INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fahico). Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 1250,00 euro

N.T. IHA 13.72 IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 1250,00 euro

N.T. IHA 13.8 RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria. Tariffa 850,00 euro

N.T. IHA 53.41 RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1140,00 euro

N.T. IHA 53.49.1 RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1140,00 euro

N.T. IHA 77.56 RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,00 euro

N.T. IHA 80.20 ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1158,80 euro

N.T. IHA 81.72 ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHA 81.75 ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHEA 84.01 AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1300,00 euro

N.T. IHEA 84.02 AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1300,00 euro

N.T. IHEA 84.11 AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1300,00 euro

N.T. IHA 98.51.1 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2. Tariffa 774,70 euro

N.T. IHA 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. Tariffa 560,75 euro

N.T. IHA 98.51.3 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Tariffa 560,75 euro

Inoltre, il Coordinamento Controlli Sanitari, Appropriatazza e Liste d'Attesa della Regione Veneto, in base alla documentazione scientifica agli atti, ha individuato ulteriori prestazioni di cui all'Allegato A alla Dgr n. 4450 del 28 dicembre 2006, "Attività erogabili in regime di ricovero diurno" e successivi decreti integrativi di aggiornamento (da ultimo, decreto del Dirigente regionale della già Direzione per i Servizi sanitari n. 123 del 22 dicembre 2009), attualmente erogate in regime di ricovero diurno che possono essere erogate anche in regime ambulatoriale, in condizioni di totale sicurezza per il paziente e con maggiore appropriatezza d'uso delle risorse disponibili.

Conseguentemente, si autorizza l'erogazione delle stesse anche in regime ambulatoriale e si procede ad inserire nel Nomenclatore della specialistica le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

N.T. IHEA 04.49 LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHA 08.38 CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Escluso: cod. 08.44 e cod. 08.6. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1160,60 euro

N.T. IHA 11.99.5 IMPRINTING [CORNEO-CONGIUNTI-VALE], [CROSS LINKING]. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1800,00 euro

N.T. IHA 14.75 INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visita di controllo. Tariffa 235,00 euro

N.T. IHA 39.27 CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHA 39.27.1 CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHA 39.42 REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHA 39.43 CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IH 44.14.1 BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13 Tariffa 118,60 euro

N.T. IH 44.19.3 ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13, 44.14.1 Tariffa 112,00 euro

N.T. IHR 44.93.1 POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO. Tariffa 1500,00 euro

N.T. IHR 44.94.1 RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO. Tariffa 64,85 euro

N.T. IH 45.29.5 ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a: 45.23, 45.23.1, 45.24 e 45.26.1 Tariffa 118,60 euro

N.T. IH 48.29.2 ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA. Non associabile a: 48.23, 45.29.5, 48.24.1 Tariffa 72,50 euro

N.T. IH 52.13 ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA Tariffa 118,60 euro

N.T. IH 52.14 BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] BILIOPANCREATICA Tariffa 150,00 euro

N.T. IHA 68.16.Z BIOPSIA DELL'UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 945,00 euro

N.T. IHA 69.09 ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 945,00 euro

N.T. IHA 80.61 ARTROSCOPIA CHIRURGICA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 2005,00 euro

N.T. IHA 80.74 SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHA 81.16 ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHA 81.25 ARTRODESI CARPORADIALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHA 81.26 ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHA 81.27 ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHA 81.28 ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHA 81.75 ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1645,55 euro

N.T. IHEA 82.21 ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 82.22 ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 82.29 ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 82.31 BORSECTOMIA DELLA MANO.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 82.41 SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1294,00 euro

N.T. IHEA 82.45 SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1294,00 euro

N.T. IHEA 82.46 SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1467,00 euro

N.T. IHEA 82.53 REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1467,00 euro

N.T. IHEA 82.54 REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 82.91 LISI DI ADERENZE DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1134,00 euro

N.T. IHEA 86.4A.9 ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 950,00 euro

N.T. IHEA 86.85 CORREZIONE DI SINDATTILIA.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 1448,00 euro

N.T. IHEA 86.86 ONICOPLASTICA.

Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. Tariffa 900,00 euro

Infine, il tavolo tecnico sulla Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) istituito con decreto del Dirigente regionale della già Direzione per i Servizi sanitari n. 101 del 21 luglio 2010, composto per lo più da specialisti in ostetricia e ginecologia, esperti in tale ambito, in linea con i risultati del gruppo tecnico del progetto "Mattone Prestazioni Ambulatoriali", ha confermato la possibilità di erogare anche in regime ambulatoriale, le prestazioni relative alle principali procedure del percorso della Procreazione Medicalmente Assistita, quale setting assistenziale più appropriato. Conseguentemente, vengono inserite nel Nomenclatore Tariffario le seguenti prestazioni con le relative tariffe:

N.T. HIR* 69.92.3 FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (FIVET/ICSI). Incluso coltura. Tariffa 600,00 euro

N.T. HIR* 69.92.4 AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso valutazione adeguatezza prelievo. Tariffa 100,00 euro

N.T. HIR* 69.92.5 TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Escluso per via laparoscopica. Tariffa 200,00 euro

N.T. HIR* 69.92.6 TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRA-TUBARICO. Escluso per via laparoscopica. Tariffa 200,00 euro

N.T. HI 87.83.1 ISTEROSALPINGOSONOGRAFIA non associabile alla prestazione 87.83 e 87.83.2 Tariffa 68,00 euro

N.T. I 87.83.2 ISTEROSONOGRAFIA non associabile alla prestazione 88.78.2 Tariffa 49,00 euro

Si evidenzia, inoltre, che tutte le prestazioni, prima erogate in regime di ricovero, rese erogabili anche in regime ambulatoriale, sono caratterizzate nel Nomenclatore dalla lettera H. Esse sono erogabili cioè esclusivamente presso gli istituti di ricovero ospedaliero sia pubblici che privati accreditati attualmente abilitati all'erogazione delle medesime prestazioni in regime di ricovero.

Resta inteso che rimane invariata l'erogabilità in regime di ricovero delle medesime prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale, qualora le condizioni cliniche lo richiedano.

A tal proposito va ricordato che per tutte le prestazioni erogate in regime di ricovero, la cui erogazione con il presente provvedimento è stata consentita anche in regime ambulatoriale, con successivo provvedimento si provvederà a stabilire il valore percentuale/soglia di ammissibilità delle medesime prestazioni in regime di ricovero.

Va precisato, inoltre, che le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale con il presente provvedimento, se eseguite in tale setting nel corso del 2011, verranno remunerate nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera, secondo le tariffe determinate dal presente provvedimento.

Per favorire il corretto utilizzo dei vari regimi erogativi anche le strutture private accreditate per la sola funzione di ricovero possono erogare le prestazioni trasferite anche in regime ambulatoriale nella branca specialistica corrispondente a carico del SSR, nel rispetto dei requisiti di cui alla legge regionale 6 agosto 2002, n. 22 e successivi

provvedimenti attuativi, utilizzando le strutture già oggetto di autorizzazione e accreditamento per la corrispondente funzione ospedaliera. Ciò non comporta in alcun caso il riconoscimento dell'accREDITAMENTO istituzionale della relativa branca specialistica.

A tal fine, il legale rappresentante della struttura privata accreditata per le funzioni ospedaliere deve inoltrare preventiva richiesta alla Segreteria per la Sanità, che previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali che intende erogare alla funzione ospedaliera già accreditata, consentirà l'erogazione anche in tale diverso regime.

Per quanto riguarda l'aspetto delle tariffe, in attesa della loro generale revisione prevista a livello nazionale e regionale, che tenga conto anche dei risultati dello studio commissionato dalla Regione al Cergas dell'Università "Luigi Bocconi" di Milano, ci si è limitati a determinare la tariffa per le prestazioni di nuova introduzione e ad apportare qualche altra lieve modifica, sempre con riferimento alle sole prestazioni oggetto di revisione che sono state accorpate o integrate o specificate come appena descritto, eliminando conseguentemente per le prestazioni riviste quella differenza di tariffa esistente a fini ticket e ai fini della remunerazione dei soggetti erogatori. Pertanto in alcuni casi, l'assistito, qualora non esente, potrà rilevare una lieve modifica del ticket da corrispondere quale compartecipazione alla spesa sanitaria, per quelle prestazioni oggetto di aggiornamento, entro il limite massimo di compartecipazione per ricetta, pari ad Euro 36,15.

Per la determinazione delle tariffe delle prestazioni di nuovo inserimento si è tenuto conto dei criteri di cui all'art. 8 sexies del D.lgs 31.12.1992, n. 502 come modificato dall'art. 79 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112, convertito nella legge n. 133 del 6 agosto 2008 che individua per la definizione delle tariffe massime nazionali la possibilità di utilizzare anche costi standard e tariffe già utilizzate nelle varie regioni.

Pertanto, alcune tariffe delle prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale sono state determinate facendo riferimento ai vigenti tariffari delle altre regioni; in altri casi le tariffe sono state stabilite rimodulando le tariffe associate ai corrispondenti DRG, tenendo conto della tipologia di prestazione e dell'impegno richiesto, e parametrando il valore anche in relazione alle tariffe di prestazioni similari.

Nel Nomenclatore Tariffario è stata inoltre introdotta una nuova colonna "Nota regionale" in cui è presente per ogni prestazione una lettera o un numero che segnala se si tratta di una prestazione da erogare a tutti gli assistiti, perché livelli essenziali di assistenza (LEA) nazionali ovvero solo ai residenti veneti perché prestazioni che costituiscono LEA aggiuntivi o perché prestazioni rientranti in quella Categoria da erogare, ai sensi del Dpcm 29 novembre 2001, solo ai residenti veneti secondo condizioni di erogabilità determinate dalla regione. Più precisamente:

- N = identifica le prestazioni che sono LEA nazionali, contenute nel Nomenclatore Tariffario Nazionale (DM 22 luglio 1996) da erogare a tutti gli assistiti;
- g = identifica le prestazioni presenti nel Nomenclatore Nazionale che sono state subcodificate con codici regionali e i nuovi LEA nazionali (prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale in base a provvedimenti nazionali) che pertanto devono essere erogate a tutti gli assistiti;

- 1 = identifica le prestazioni contenute nel Dpcm 29 novembre 2001, da erogarsi ai soli residenti veneti secondo specifiche condizioni di erogabilità;

- 2 = identifica le prestazioni che sono LEA aggiuntivi Veneto, da erogarsi esclusivamente ai residenti veneti.

Si sottolinea, quindi, che le prestazioni contraddistinte con i numeri 1 e 2 vanno erogate solo ai residenti veneti, salvo eventuali diversi accordi con le Regioni di provenienza dell'assistito che saranno prontamente comunicati agli erogatori.

Le modifiche del Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da adottare con il presente provvedimento sono state illustrate alle Aziende Ulss, alle Aziende Ospedaliere, allo IOV e alle Associazioni più rappresentative degli erogatori privati accreditati della Regione Veneto, oltre che ai rappresentanti dei Medici di Medicina Generale nel corso dell'incontro del 18 gennaio 2011 e successivamente in data 1° marzo 2011, come da documentazione agli atti, al fine di un confronto in merito. Inoltre, i contenuti sono stati nuovamente valutati, nell'ottica di un percorso di collaborazione e condivisione, il giorno 29 aprile 2011 con un gruppo ristretto, composto dai Rappresentanti delle Associazioni più rappresentative degli erogatori privati accreditati, delle Aziende Ospedaliere e dello IOV che hanno provveduto a far pervenire le loro osservazioni, di cui si è tenuto conto.

Vengono pertanto proposti per l'approvazione gli Allegati A e B al presente provvedimento, parte integrante dello stesso, che aggiornano il Nomenclatore regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario regionale con le relative tariffe.

L'Allegato A contiene l'elenco delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in ordine crescente di codice; l'Allegato B contiene l'elenco delle medesime prestazioni suddiviso per branca specialistica.

Si propone che il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Veneto di cui agli Allegati A e B così come aggiornato e le relative tariffe abbiano applicazione a decorrere dal 1° ottobre 2011, al fine di consentire alle strutture erogatrici l'adeguamento dei sistemi informativi. Tuttavia, in considerazione dell'esigenza della riduzione del numero dei ricoveri, cui consegue anche un risparmio della spesa sanitaria, gli erogatori, in presenza delle condizioni richieste, possono erogare le prestazioni ricondotte con il presente provvedimento anche al regime ambulatoriale già dal 1° luglio 2011, con applicazione delle relative tariffe.

Si propone di incaricare il Segretario regionale per la Sanità di emanare in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, disposizioni operative di dettaglio.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

La Giunta regionale

Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione, ai sensi dell'art. 33, secondo comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

Visto il D.lgs 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche;
 Visto il Dm 22 luglio 1996;
 Visto il Dm 329 del 28.5.1999;
 Visto il Dpcm 29 novembre 2001;
 Vista la Dgr n. 4776 del 30.12.1997;
 Vista la Dgr n. 5270 del 29.12.1998;
 Vista la Dgr n. 248 del 2.02.1999;
 Vista la Dgr n. 3051 del 16.11.2001;
 Vista la Dgr n. 492 del 8.03.2002;
 Vista la Dgr n. 2227 del 9.08.2002;
 Vista la Dgr n. 3972 del 30.12.2002;
 Vista la Dgr n. 2883 del 3.10.2003;
 Vista la Dgr n. 2468 del 1.08.2006;
 Vista la Dgr n. 3850 del 5.12.2006;
 Vista la Dgr n. 4450 del 28.06.2006;
 Vista la Dgr n. 734 del 20.03.2007;
 Vista la Dgr n. 2140 del 10.07.2007;
 Vista la Dgr n. 2049 del 3.07.2007;
 Vista la Dgr n. 2612 del 7.08.2007;
 Vista la Dgr n. 3734 del 20.11.2007;
 Vista la Dgr n. 4547 del 28.12.2007;
 Visto il Ddr n. 123 del 22.12.2009;
 Vista l'Intesa Stato-Regione del 3.12.2009 (rep. 243/

CSR);

Vista la nota del Segretario regionale Sanità e Sociale n.214 del 4 marzo 1998;

Vista la nota del Dirigente Servizi Sanitari n.174500 del 30 marzo 2009.

delibera

1. di dare atto che le premesse al presente provvedimento ne costituiscono parte integrante;

2. di approvare gli Allegati A e B al presente provvedimento, parte integrante dello stesso, che costituiscono l'aggiornato Nomenclatore Tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario regionale con le relative tariffe;

3. di disporre che il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Veneto di cui agli Allegati A e B così come aggiornato e le relative tariffe abbiano applicazione a decorrere dal 1° ottobre 2011;

4. di disporre che gli erogatori, in presenza delle condizioni richieste, possono erogare le prestazioni ricondotte con il presente provvedimento anche al regime ambulatoriale a decorrere dal 1° luglio 2011, con l'applicazione delle relative tariffe, intendendosi il Nomenclatore Tariffario, limitatamente a questa parte, applicabile già alla suddetta data;

5. di disporre che le prestazioni ricondotte anche al regime ambulatoriale con il presente provvedimento, se eseguite in tale setting nel corso del 2011, verranno remunerate nell'ambito del tetto di spesa previsto per l'assistenza ospedaliera, secondo le tariffe determinate dal presente provvedimento;

6. di disporre che dalla data di entrata in vigore del Nomenclatore Tariffario, come modificato dal presente provvedimento, non troverà più applicazione la disciplina delle prestazioni di nicchia di cui alla Dgr 2883/2003 e la nota della Direzione per i Servizi Sanitari prot. n. 174500/50.08 del 30 marzo 2009 con i relativi allegati A e B;

7. di disporre che il legale rappresentante della struttura privata accreditata solo per le funzioni ospedaliere, deve inoltrare preventiva richiesta alla Segreteria per la Sanità che, previa verifica della corrispondenza delle prestazioni ambulatoriali che intende erogare alla funzione ospedaliera accreditata, consentirà l'erogazione anche in tale diverso regime;

8. di dare mandato al Segretario regionale per la Sanità di emanare in caso di necessità, nell'ambito dei principi stabiliti dal presente provvedimento, disposizioni operative di dettaglio;

9. di incaricare la Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria dell'esecuzione del presente atto;

10. di dar atto che gli oneri derivanti dalla attuazione del presente provvedimento trovano copertura nei capitoli di spesa del bilancio regionale volti a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nazionali e aggiuntivi regionali.

(segue allegato)

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali

Allegato 1 -		Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa	Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
1. INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO (03 - 05)					
03. INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE E SULLE STRUTTURE DEL CANALE VERTEBRALE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	02.93.1	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO. Non associabile a visita neurologica di controllo 89.01.C	2	23,75	23,75
H	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali	N	52,70	57,00
HE	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	N	105,35	113,95
H	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	N	105,35	113,95
I	03.93.1	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
04. INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) Asportazione di neuroma periferico Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	N	52,15	56,40
	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI.	N	52,15	56,40
HIEA	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.000,00	1.000,00
HIEA	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	g	1.645,55	1.645,55
HIEA	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.645,55	1.645,55
H	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesi per intervento	N	52,70	57,00
H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, infiltrazioni para vertebrali e punti trigger. Escluso: le anestesi per intervento	N	15,80	17,10
HIE	04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	g	105,35	113,95
05. INTERVENTI SUI NERVI O SUI GANGLI SIMPATICI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HE	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	N	79,00	85,45
HE	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	N	131,70	142,45

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

2. INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO (06)**06. INTERVENTI SULLA TIROIDE E SULLE PARATIROIDI***Nota: Codice: Descrizione:*

E	06.01	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA NELLA REGIONE TIROIDEA.	N	62,70	67,80
IE	06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA.	g	47,85	47,85
E	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	N	44,25	47,85
E	06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE.	N	62,70	67,80
H	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI.	N	68,50	74,10
IE	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI.	g	67,80	67,80

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
3. INTERVENTI SULL'OCCHIO (08-16)				
08. INTERVENTI SULLA PALPEBRA				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	N	13,90	15,05
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA. Cantorrafia,Tarsorrafia	N	13,90	15,05
08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA. Riapertura anchiloblefaron	N	13,90	15,05
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA.	N	13,90	15,05
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO.	N	27,80	30,05
08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA. Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	N	27,80	30,05
08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	N	27,80	30,05
08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	N	46,35	50,15
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	N	34,80	37,65
HIA 08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.166,60	1.166,60
08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE.	N	41,70	45,10
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA.	N	41,70	45,10
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME.	N	69,50	75,20
H 08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	N	158,05	170,90
08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	N	41,70	45,10
H 08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO. Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	N	316,05	341,85
HIA 08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.166,60	1.166,60
HIA 08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.166,60	1.166,60
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA.	N	34,80	37,65
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE.	N	34,80	37,65
08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE.	N	34,80	37,65
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE.	N	69,50	75,20
08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	N	23,15	25,05
08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	N	23,15	25,05
08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE.	N	13,90	15,05
09. INTERVENTI SULL' APPARATO LACRIMALE				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	N	34,80	37,65
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE.	N	57,95	62,65
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE.	N	41,70	45,10

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
3. INTERVENTI SULL'OCCHIO (08-16)					
09. INTERVENTI SULL' APPARATO LACRIMALE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE. [Test di Schimer, Break up time (BUT), esame con coloranti] Escluso: Dacriocistografia, Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	N	41,70	45,10
	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	N	57,95	62,65
	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	N	13,90	15,05
	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI. Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	N	16,20	17,50
H	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	N	57,95	62,65
	09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE.	N	34,80	37,65
	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	N	34,80	37,65
	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE.	N	34,80	37,65
	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI. Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	N	34,80	37,65
H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI. Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	N	263,40	284,90
	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	N	57,95	62,65
H	09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	N	210,75	227,95
10. INTERVENTI SULLA CONGIUNTIVA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA.	N	16,20	17,50
	10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Escluso asportazione pinguecola e biopsia della congiuntiva (10.21)	N	27,80	30,05
	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA. Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	N	27,80	30,05
	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA. Rimozione di follicoli di tracoma	N	27,80	30,05
	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO.	N	92,70	100,25
	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA.	N	46,35	50,15
	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE.	N	11,60	12,55
11. INTERVENTI SULLA CORNEA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM.	N	57,95	62,65
	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA.	N	92,70	100,25
	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM.	N	57,95	62,65
	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA.	N	23,15	25,05
	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA.	N	28,95	31,30
	11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI.	N	295,00	319,05
	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA.	N	34,80	37,65
	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO.	N	16,20	17,50
*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE. Con laser a eccimeri (PRK) o con laser ad olmio	N	81,15	87,80
*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI. Con laser a eccimeri (PTK)	N	81,15	87,80
HIA	11.99.5	IMPRINTING [CORNEO-CONGIUNTIVALE], [CROSS LINKING CORNEALE]. Incluso prima visita ed esami preoperatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi	2	1.800,00	1.800,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

3. INTERVENTI SULL'OCCHIO (08-16)**11. INTERVENTI SULLA CORNEA**

Nota: Codice: Descrizione:

HIA	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
-----	---------	---	---	----------	----------

12. INTERVENTI SULL'IRIDE, SUL CORPO CILIARE, SULLA SCLERA E SULLA CAMERA ANTERIORE

Nota: Codice: Descrizione:

H	12.14	IRIDECTOMIA. Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	N	92,70	100,25
	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS.	N	115,85	125,30
	12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: iridectomia chirurgica (12.14)	N	92,70	100,25
	12.72	CICLOCRIOTERAPIA.	N	92,70	100,25
	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE.	N	92,70	100,25
	12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE. Paracentesi della camera anteriore	N	27,80	30,05

13. INTERVENTI SUL CRISTALLINO

Nota: Codice: Descrizione:

	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA. Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	N	81,15	87,80
HIA	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fatico). Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
HIA	13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA. Eseguita in contemporanea. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
HIA	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
HIA	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	850,00	850,00

14. INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE, SUL CORPO VITREO E SULLA CAMERA POSTERIORE

Nota: Codice: Descrizione:

	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	N	57,95	62,65
	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA.	N	57,95	62,65
	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	N	57,95	62,65
I	14.35.1	FOTOCOAGULAZIONE CON LASER PER LACERAZIONE DI RETINA, VASCULOPATIE E MACULOPATIE - SOSTITUISCE PREST. 14.33 E 14.34.	g	57,95	62,65
	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA.	N	27,80	30,05
HIA	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visite di controllo. Escluso costo del farmaco	2	235,00	235,00

16. INTERVENTI SULL'ORBITA E SUL GLOBO OCULARE

Nota: Codice: Descrizione:

	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA.	N	46,35	50,15
H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione otticociliare	N	36,85	39,85

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

4. INTERVENTI SULL'ORECCHIO (18-20)**18. INTERVENTI SULL'ORECCHIO ESTERNO***Nota: Codice: Descrizione:*

Codice	Descrizione	Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	N	11,60	12,55
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO.	N	13,05	14,10
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di Cerume (96.52)	N	14,50	15,70

20. ALTRI INTERVENTI SULL'ORECCHIO MEDIO E SULL'ORECCHIO INTERNO*Nota: Codice: Descrizione:*

Codice	Descrizione	Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
20.0	MIRINGOTOMIA.	N	20,30	21,95
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA.	N	55,35	59,85
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO.	N	22,15	23,95
20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE.	N	9,25	10,00
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politizzazione	N	12,90	13,95

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
5. INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)					
21. INTERVENTI SUL NASO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE.	N	12,90	13,95
H	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE).	N	23,70	25,65
	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. (Cura completa)	N	16,60	17,95
	21.22	BIOPSIA DEL NASO.	N	22,15	23,95
	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE.	N	22,15	23,95
	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	N	22,15	23,95
	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	N	22,15	23,95
22. INTERVENTI SUI SENI NASALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	N	22,15	23,95
*	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE. Chiusura di fistola del seno nasale Generalità popolazione	1	31,95	31,95
23. ESTRAZIONE E RICOSTRUZIONE DI DENTI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
*	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO. Incluso: Anestesia Generalità popolazione	1	12,80	12,80
*	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE. Estrazione di altro dente NAS Incluso: Anestesia 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	17,95	17,95
*	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA. Incluso: Anestesia 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	17,95	17,95
*	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE. Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale Incluso: Anestesia 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	33,85	33,35
*	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	20,50	20,50
*	23.20.2	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 Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	38,45	38,45
I*	23.20.3	OTTURAZIONE DENTARIA PROVVISORIA CON CEMENTI TEMPORANEI DI CARIE. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	15,95	15,95
*	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO. Ricostruzione di dente fratturato Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	35,55	38,45
*	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA. Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	32,05	34,70
*	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA. Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	32,05	34,70
*	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA. Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	39,55	42,80
*	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO. Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	45,05	48,70
*	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO. Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana con perno moncone in lega aurea Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	45,05	48,70
*	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO. Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endosseisi (Per elemento) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	71,10	76,90

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
---	--	----------------	--------------------------------------	--

5. INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)

23. ESTRAZIONE E RICOSTRUZIONE DI DENTI

Nota: Codice: Descrizione:

*	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	131,70	142,45
*	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] (Per arcata) Incluso: Eventuali attacchi di precisione Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	83,00	89,75
*	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA. Rimovibile o fissa (Per elemento) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	17,95	17,95
I*	23.43.6	PLACCA DI SVINCOLO PLACCA DI RIPOSIZIONAMENTO MANDIBOLARE. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	31,95	31,95
I*	23.43.7	CONFEZIONAMENTO MODELLO ARCADE DENTARIE. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	34,90	34,90
*	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA. Molaggio selettivo dei denti (Per seduta) Condizioni di vulnerabilità sanitaria in caso di sindrome algica e disfunzionale dell'ATM	1	17,95	17,95
*	23.5	IMPIANTO DI DENTE. Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	11,85	12,80
*	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA. Impianto dentale endoosseo 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	83,00	89,75
*	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO. Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	38,45	38,45
*	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO. Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	58,95	58,95
I*	23.71.3	MEDICAZIONI INTERMEDIE NELLE CURE CANALARI. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	4,15	4,15
*	23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	45,05	48,70

24. ALTRI INTERVENTI SU DENTI, GENGIVE E ALVEOLI

Nota: Codice: Descrizione:

*	24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato	1	30,80	30,80
	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA.	N	14,25	15,40
	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO.	N	14,25	15,40
*	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]. Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante) 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	64,05	64,05
	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA. Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	N	28,45	30,80
*	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI. Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	25,65	25,65
*	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso alveoloplastica. Per emiarcata Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	21,30	23,05
	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI.	N	45,05	48,70
*	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. (Per anno) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	176,55	176,55
*	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. (Per anno) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	176,55	176,55
*	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI. Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno) Condizioni di vulnerabilità sanitaria in caso di sindrome algica e disfunzionale dell'ATM	1	176,55	176,55
*	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	33,05	33,05

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

5. INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)**24. ALTRI INTERVENTI SU DENTI, GENGIVE E ALVEOLI***Nota: Codice: Descrizione:*

I*	24.80.2	RIMOZIONE FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	0-14 anni.	1	15,90	15,90
----	---------	---	------------	---	-------	-------

25. INTERVENTI SULLA LINGUA*Nota: Codice: Descrizione:*

	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA.		N	19,90	21,55
E	25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA.. Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)		N	14,95	16,15
	25.92	FRENULOCTOMIA LINGUALE. Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)		N	14,95	16,15

26. INTERVENTI SULLE GHIANDOLE E SUI DOTTI SALIVARI*Nota: Codice: Descrizione:*

	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare		N	19,90	21,55
	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE.		N	14,95	16,15
	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE.		N	14,95	16,15

27. ALTRI INTERVENTI SULLA BOCCA E SULLA FACCIA*Nota: Codice: Descrizione:*

	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO.		N	14,25	15,40
	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO.		N	14,25	15,40
E	27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa biopsia del labbro e delle ghiandole salivari		N	14,25	15,40
HI	27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI O TESSUTO DEL PALATO OSSEO.		2	63,30	63,30
	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE. Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)		N	14,95	16,15
HIE	27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO.		2	63,30	63,30
E	27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE.		N	19,90	21,55
	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO.		N	19,90	21,55
	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA.		N	19,90	21,55
	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA.		N	9,95	10,75
HI	27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA.		2	63,30	63,30
HI	27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI DELL'UGOLA. Escluso riparazioni		2	63,30	63,30
	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE. Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)		N	14,95	16,15

28. INTERVENTI SULLE TONSILLE E SULLE ADENOIDI*Nota: Codice: Descrizione:*

	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE.		N	19,90	21,55
--	---------	---	--	---	-------	-------

29. INTERVENTI SULLA FARINGE*Nota: Codice: Descrizione:*

	29.12	BIOPSIA FARINGEA.		N	19,90	21,55
HI	29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS).		2	63,30	63,30

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
6. INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO (31-34)					
31. INTERVENTI SULLA LARINGE E SULLA TRACHEA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA. Laringoscopia a fibre ottiche	N	27,65	29,90
	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA. Incluso: Anestesia	N	7,10	7,70
	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA.	N	21,30	23,05
	31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	N	24,95	27,00
	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO.	N	13,15	14,25
	31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE.	N	23,10	24,95
IH	31.93.1	SOSTITUZIONE PROTESI FONIATORIA. Escluso protesi	2	38,25	38,25
HI	31.94.1	INIEZIONE SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA.	2	146,80	146,80
33. ALTRI INTERVENTI SUL POLMONE E SUI BRONCHI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche-autofluorescenza-Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	N	84,30	91,15
H	33.24	BRONCOSCOPIA CON PRELIEVO BRONCHIALE. con: biopsia bronchiale brushing, washing BAL	N	131,70	142,45
34. INTERVENTI SULLA PARETE TORACICA, SULLA PLEURA, SUL MEDIASTINO E SUL DIAFRAMMA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
IH	34.04.1	POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO PLEURICO.	2	102,15	102,15
H	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile	N	131,70	142,45
H	34.91	TORACENTESI.	N	94,80	102,55
HE	34.91.1	TORACENTESI. TC-guidata	N	168,55	182,30
H	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA. Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	N	63,20	68,40

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

7. INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE (38-39)**38. INCISIONE, ASPORTAZIONE ED OCCLUSIONE DI VASI***Nota: Codice: Descrizione:*

E	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA.	N	60,50	65,40
E	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	N	60,50	65,40
HI	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	2	28,70	28,70
HIEA	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.440,00	1.440,00
HEA	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	N	213,35	230,80
HIEA	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. se effettuati sono inclusi: visita anestesiologicala, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	850,00	850,00
HI	38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE.	2	28,45	28,45
HIE	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	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
I	38.94.F	RIMOZIONE DI CVC.	2	17,10	17,10
H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE. Singolo o doppio	N	263,40	284,90
HE	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	N	31,60	34,15
	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC.	N	26,30	28,45
	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM.	N	42,15	45,60

39. ALTRI INTERVENTI SUI VASI*Nota: Codice: Descrizione:*

HIEA	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.000,00	1.000,00
HI	39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie.	g	9,65	9,65
IH	39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso alcolizzazioni	g	101,40	101,40
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	177,90	177,90
	39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIO COMPATIBILI, AD ASSISTENZA LIMITATA. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	149,45	149,45

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
7. INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE (38-39)					
39. ALTRI INTERVENTI SUI VASI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	120,95	120,95
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	189,30	189,30
	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	236,95	236,95
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE. Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	291,90	291,90
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta. (Ciclo di tredici sedute).	N	291,90	291,90
H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE. Tecnica mista. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta.(Ciclo di tredici sedute).	N	234,95	234,95
	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA.	N	17,80	19,25
8. INTERVENTI SUL SISTEMA EMATICO E LINFATICO (40-41)					
40. INTERVENTI SUL SISTEMA LINFATICO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
E	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	N	42,70	46,20
E	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	N	60,50	65,40
E	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA.	N	106,70	115,40
41. INTERVENTI SUL MIDOLLO OSSEO E SULLA MILZA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO.	N	35,55	38,45

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
9. INTERVENTI SULL' APPARATO DIGERENTE (42-54)					
42. INTERVENTI SULL' ESOFAGO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
E	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO. Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	N	46,85	50,65
	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN.	N	14,25	15,40
	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE).	N	83,25	90,05
	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO. Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee	N	51,35	55,55
H	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA. Mediante laser o Argon Plasma - Incluso EGDS cod. 45.13. Escluso biopsia dell'esofago in corso di EGDS cod. 42.24	N	98,55	106,60
HI	42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13).	2	96,00	96,00
HI	42.91	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13).	2	108,80	108,80
I	42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO. Incluso: EGDS (cod. 45.13)	2	114,85	114,85
43. INCISIONE ED ASPORTAZIONE DELLO STOMACO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HI	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA PEG. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	287,15	287,15
HI	43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA.	2	22,35	22,35
	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA. Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	N	49,80	53,85
	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.	N	79,00	85,45
44. ALTRI INTERVENTI SULLO STOMACO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
E	44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	N	52,15	56,40
HI	44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13	2	118,60	118,60
	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO. Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	N	89,55	96,90
E	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	N	14,25	15,40
HI	44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	2	187,00	187,00
HR	44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO.	2	1.500,00	1.500,00
HR	44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO.	2	64,85	64,85
45. INCISIONE, ASPORTAZIONE E ANASTOMOSI DELL'INTESTINO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HI	44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a 45.13, 44.14.1	2	112,00	112,00
E	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	N	57,95	62,65
IR*	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE. Nei casi di sanguinamento occulto, sospetta m.di Crohn digiuno-ileale (con altre indagini non conclusive). Follow-up di sindromi poliposiche. Malattia celiaca refrattaria/sospetto linfoma. Dopo EGDS e PANCOLONSCOPIA negative	2	850,00	850,00
HI	45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA.	2	90,60	90,60

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
9. INTERVENTI SULL' APPARATO DIGERENTE (42-54)					
45. INCISIONE, ASPORTAZIONE E ANASTOMOSI DELL'INTESTINO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HI	45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA.	2	150,00	150,00
E	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	N	61,65	66,65
E	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	N	72,40	78,30
E	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	N	89,55	96,90
	45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA.	N	105,35	113,95
E	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	N	37,95	41,05
E	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	N	115,85	125,30
IE	45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione Escluso: PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA 45.25	2	52,15	52,15
	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO.	N	76,40	82,65
	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA.	N	42,70	46,20
	45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO.	N	28,45	30,80
	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON.	N	170,70	184,65
HI	45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	2	118,60	118,60
	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	N	98,80	106,85
	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA. Mediante laser Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)	N	105,35	113,95
I	46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO. Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	2	187,00	187,00
48. INTERVENTI SUL RETTO, SUL RETTOSIGMOIDE E SUI TESSUTI PERIRETTALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
E	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. - Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	N	25,55	27,60
	48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO.	N	42,70	46,20
	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE.	N	59,50	64,40
HI	48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA. Non associabile a 48.23, 45.29.5,48.24.1	2	72,50	72,50
HE	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO. Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	N	35,55	38,45
49. INTERVENTI SULL'ANO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE.	N	35,55	38,45
	49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI.	N	35,55	38,45
	49.11	FISTULOTOMIA ANALE. Extrasfinterica	N	35,55	38,45
E	49.21	ANOSCOPIA.	N	23,15	25,05

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
9. INTERVENTI SULL' APPARATO DIGERENTE (42-54)					
49. INTERVENTI SULL'ANO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
49.23		BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI.	N	24,25	26,20
49.31		ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO. Escissione di papilla anale ipertrofica	N	42,70	46,20
49.39		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO.	N	42,70	46,20
49.42		INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI.	N	16,90	18,30
49.45		LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI.	N	42,70	46,20
49.46		ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI. Emorroidectomia NAS	N	42,70	46,20
49.47		RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia].	N	42,70	46,20
49.59		SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	N	42,70	46,20
50. INTERVENTI SUL FEGATO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA.. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	79,00	85,45
HE	50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	158,05	170,90
HIE	50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia con mezzo di contrasto.	g	170,90	170,90
HIE	50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto.	g	170,90	170,90
51. INTERVENTI SULLA COLECISTI E SULLE VIE BILIARI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HE	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	N	89,55	96,90
HI	51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI.	2	159,55	159,55
HI	52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA.	2	118,60	118,60
HI	52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPIA] BILIOPANCREATICA.	2	150,00	150,00
54. ALTRI INTERVENTI SULLA REGIONE ADDOMINALE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HIA	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO.	N	21,30	23,05
H	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11). peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	N	63,20	68,40

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

9. INTERVENTI SULL' APPARATO DIGERENTE (42-54)**54. ALTRI INTERVENTI SULLA REGIONE ADDOMINALE**

Nota: Codice: Descrizione:

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori			
HE	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	N	89,55	96,90
HIE	54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	2	112,00	112,00
	54.91	PARACENTESI. - Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	N	35,55	38,45
HE	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	N	131,70	142,45
H	54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	N	106,70	115,40
H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	N	63,20	68,40
	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD). (Ciclo di trenta sedute)	N	55,85	60,40
H	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD). (Ciclo di trenta sedute)	N	47,45	51,30
I	54.98.3	PERITONEAL EQUILIBRATION TEST.	2	63,80	63,80
IH	54.98.4	EMODIAFILTRAZIONE - SOSTITUISCE PREST. 39.95.5. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata con metodo AFB e PFD Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	g	237,05	256,40

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
10. INTERVENTI SULL'APPARATO URINARIO (55-59)					
55. INTERVENTI SUL RENE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. -Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	N	63,20	68,40
IE	55.93	REVISIONE O SOSTITUZIONE DI CATETERE PIELOSTOMICO O NEFROSTOMICO.	2	102,15	102,15
56. INTERVENTI SULL' URETERE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	56.31	URETEROSCOPIA. Con strumento flessibile	N	74,15	80,20
57. INTERVENTI SULLA VESCICA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	N	27,80	30,05
	57.32	URETROCISTOSCOPIA. Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a 59.8	N	46,35	50,15
	57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA.	N	211,15	211,15
	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA.	N	57,95	62,65
	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	N	57,95	62,65
H	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA. Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	N	195,80	195,80
	57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso lavaggio vescicale	N	9,30	10,05
58. INTERVENTI SULL' URETRA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	58.22	URETOSCOPIA.	N	27,80	30,05
H	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA.	N	39,40	42,65
H	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	N	39,40	42,65
H	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE.	N	89,55	96,90
H	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA. Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	N	39,40	42,65
	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE. Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	N	34,80	37,65
	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. (Per seduta)	N	10,45	11,30
H	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO.	N	39,40	42,65
59. ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO URINARIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	N	23,15	25,05

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
11. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI (60-64)					
60. INTERVENTI SULLA PROSTATA E SULLE VESCICOLE SEMINALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO. Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico	N	27,80	30,05
E	60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	N	49,25	53,25
HE	60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	N	63,20	68,40
	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA. Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	N	27,80	30,05
61. INTERVENTI SULLO SCROTO E SULLA TUNICA VAGINALE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE. Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	N	17,70	19,15
	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	N	17,70	19,15
62. INTERVENTI SUI TESTICOLI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HE	62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	27,80	30,05
63. INTERVENTI SUL CORDONE SPERMATICO, EPIDIDIMO E SUI DOTTI DEFERENTI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	N	15,15	16,40
H	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI.	N	89,55	96,90
HIEA	63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.300,00	1.300,00
64. INTERVENTI SUL PENE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HIEA	64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.065,00	1.065,00
	64.11	BIOPSIA DEL PENE.	N	20,25	21,90
	64.19.1	BALANOSCOPIA.	N	6,30	6,80
	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE.	N	7,90	8,55
E	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	N	30,35	32,80
	64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE.	N	18,95	20,50
	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE.	N	20,25	21,90

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
12. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI (65-71)					
65. INTERVENTI SULL' OVAIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI (Prelievo ovociti).	N	89,55	96,90
H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	N	43,00	46,50
66. INTERVENTI SULLE TUBE DI FALLOPIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE. Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)	N	22,15	23,95
67. INTERVENTI SULLA CERVICE UTERINA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA.	N	95,00	95,00
	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a 70.21	N	27,80	30,05
	67.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CERVICE. mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	N	37,95	41,05
	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO. Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	N	37,95	41,05
68. INTERVENTI SUL CORPO UTERINO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO.	N	95,00	95,00
	68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1	N	30,35	32,80
HIA	68.16.Z	BIOPSIA DELL' UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE. se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	945,00	945,00
HI	68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI A GUIDA ISTEROSCOPICA - La prestazione sostituisce cod.68.29.1.	g	51,30	51,30
HI	68.29.3	MIOMECTOMIA PER VIA VAGINALE MEDIANTE TORSIONE. La prestazione sostituisce cod.68.29.1.	g	51,30	51,30
69. ALTRI INTERVENTI SULL' UTERO E SULLE STRUTTURE DI SOSTEGNO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HIA	69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL' UTERO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	945,00	945,00
	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.).	N	13,15	14,25
HR	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE. Intracervicale e intrauterina (IAO)	N	110,80	110,80
HR	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE.	N	13,15	14,25
HIR*	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLOSMATICA (ICSI/FIV). Incluso coltura	2	600,00	600,00
HIR*	69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	2	100,00	100,00
HIR*	69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Escluso per via laparoscopica	2	200,00	200,00
HIR*	69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso per via laparoscopica	2	200,00	200,00
70. INTERVENTI SULLA VAGINA E SUL FORNICE POSTERIORE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	70.11.1	IMENOTOMIA.	N	25,30	27,35
	70.21	COLPOSCOPIA. Incluso vulvoscoopia Non associabile a 67.19.1	N	10,95	11,85
	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI. Con eventuale puntura esplorativa	N	20,25	21,90
	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA. Non associabile a. 70.21	N	25,30	27,35
E	70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. compresi condilomi vaginali	N	30,35	32,80

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

12. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI (65-71)**71. INTERVENTI SULLA VULVA E SUL PERINEO***Nota: Codice: Descrizione:*

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE CON O SENZA VULVOSCOPIA. Non associabile a 70.21	N	20,25	21,90
H	71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO.	N	25,30	27,35
E	71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 e 67.33	N	20,25	21,90
E	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE. Laserterapia per fatti distrofici	N	30,35	32,80

13. INTERVENTI OSTETRICI (75)**75. ALTRI INTERVENTI OSTETRICI***Nota: Codice: Descrizione:*

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI.	N	89,55	96,90
H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE.	N	79,00	85,45
H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA.	N	63,20	68,40
HR	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE.	N	89,55	96,90
	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA.	N	16,75	18,10
H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA. Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale, Tamponamento cervico-vaginale a scopo emostatico	N	31,60	34,15

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

14. INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLOSCELETRICO (76-83)**76. INTERVENTI SULLE OSSA E SULLE ARTICOLAZIONI DELLA FACCIA***Nota: Codice: Descrizione:*

	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE. Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	N	22,15	23,95
H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI. Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	N	100,10	108,25
	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE. Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	N	19,90	21,55
	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	N	28,45	30,80
	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	N	28,45	30,80

78. ALTRI INTERVENTI SULLE OSSA AD ECCEZIONE DI QUELLE FACCIALI*Nota: Codice: Descrizione:*

HIA	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO [PIEDE]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.645,00	1.645,00
	78.7	OSTEOCLASIA. Manuale o strumentale	N	19,90	21,55
HIA	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.158,80	1.158,80

79. RIDUZIONE DI FRATTURA E DI LUSSAZIONE*Nota: Codice: Descrizione:*

H	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA.	N	52,70	57,00
H	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	N	52,70	57,00
H	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA. Braccio NAS	N	52,70	57,00
H	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Mano NAS	N	52,70	57,00
H	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	N	42,15	45,60
H	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Piede NAS	N	52,70	57,00
H	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA.	N	52,70	57,00
H	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA.	N	36,85	39,85
H	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA.	N	36,85	39,85
H	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO.	N	36,85	39,85
H	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO.	N	36,85	39,85
H	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO.	N	36,85	39,85

80. INCISIONE ED ASPORTAZIONE DI STRUTTURE ARTICOLARI*Nota: Codice: Descrizione:*

	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Biopsia aspirativa	N	42,70	46,20
--	-------	--	---	-------	-------

81. INTERVENTI DI RIPARAZIONE E PLASTICA SULLE STRUTTURE ARTICOLARI*Nota: Codice: Descrizione:*

HIA	80.61	ARTROSCOPIA CHIRURGICA. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	2.005,00	2.005,00
HIA	80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.134,00	1.134,00
HIA	81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.134,00	1.134,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
14. INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLOSCELETRICO (76-83)					
81. INTERVENTI DI RIPARAZIONE E PLASTICA SULLE STRUTTURE ARTICOLARI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HIA	81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	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	g	1.645,55	1.645,55
HIA	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	2	1.645,55	1.645,55
E	81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	N	28,45	30,80
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
IHEA	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
83. INTERVENTI SUI MUSCOLI, SUI TENDINI, SULLE FASCE E SULLE BORSE AD ECCEZIONE DELLA MANO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
HIEA	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

14. INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETRICO (76-83)**83. INTERVENTI SUI MUSCOLI, SUI TENDINI, SULLE FASCE E SULLE BORSE AD ECCEZIONE DELLA MANO***Nota: Codice: Descrizione:*

HIEA	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00		1.134,00
	83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	N	19,90		21,55
	83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	N	28,45		30,80
	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI. Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)	N	34,10		36,85
	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	N	34,10		36,85
E	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI.	N	48,35		52,30
H	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE. Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	N	34,10		36,85
	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI. Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco	N	7,10		7,70

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
15. INTERVENTI SUI TEGUMENTI (85-86)					
85. INTERVENTI SULLA MAMMELLA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	85.0	MASTOTOMIA. Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi	N	30,35	32,80
E	85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	25,30	27,35
E	85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	N	37,95	41,05
IE	85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA.	2	454,70	454,70
IE	85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI.	2	562,10	562,10
IE	85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT.	2	403,00	403,00
	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	N	30,35	32,80
	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	N	30,35	32,80
E	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Eco-guidata	N	37,95	41,05
86. INTERVENTI SULLA CUTE E SUL TESSUTO SOTTOCUTANEO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	N	7,90	8,55
	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE.	N	15,80	17,10
	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	N	9,25	10,00
	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	N	26,90	29,10
E	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. - Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	N	37,95	41,05
	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO. Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)	N	37,95	41,05
E	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	N	14,25	15,40
HI	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER.	2	22,45	22,45
HI	86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA.	2	22,45	22,45
HIEA	86.4A.9	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	950,00	950,00
HIE	86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA.	2	12,55	12,55
HIEA	86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	1.448,00	1.448,00
HIEA	86.86	ONICOPLASTICA. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	900,00	900,00
86.19. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	86.19.1	ELASTOMETRIA.	N	4,40	4,80
	86.19.2	SEBOMETRIA.	N	4,40	4,80
	86.19.3	CORNEOMETRIA.	N	5,85	6,35
	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL).	N	7,35	7,95

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

15. INTERVENTI SUI TEGUMENTI (85-86)**86.19. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO**

Nota: Codice: Descrizione:

Nota	Codice	Descrizione	Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
E	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE. Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27), Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)	N	17,40	18,80
	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE.	N	26,05	28,20
E	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	N	7,35	7,95
E	86.25	DERMOABRASIONE. Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	N	17,40	18,80
	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	N	17,40	18,80
	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE. Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)	N	8,55	9,25
	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia.. Per seduta	N	13,05	14,10
	86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO. (Per seduta)	N	13,05	14,10
	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. (Per seduta)	N	13,05	14,10
HE	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	N	28,95	31,30
	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO.	N	28,95	31,30
	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO. Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	N	8,55	9,25
	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO.	N	11,60	12,55
H	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS. Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	N	210,75	227,95
H	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	N	263,40	284,90
H	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	N	210,75	227,95
H	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo	N	316,05	341,85
H	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO.	N	316,05	341,85
H	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	N	316,05	341,85
H	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	N	421,40	455,80
H	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)	N	263,40	284,90
	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO.	N	23,15	25,05
H	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	N	263,40	284,90

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)				
87. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	N	84,80	87,25
87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbite con e senza MDC(87.03.D)	N	173,85	185,05
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	N	91,15	98,60
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	N	144,90	156,75
87.03.5	TC DELL' ORECCHIO. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	N	137,00	148,20
87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	N	184,35	199,35
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	N	84,80	91,85
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC. [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	N	136,45	178,90
87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialo-Tc	N	84,80	91,75
I	87.03.A TC SELLA TURCICA. (studio selettivo)	g	84,80	91,75
I	87.03.B TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. (studio selettivo)	g	173,85	188,05
I	87.03.C TC ORBITE. (studio selettivo)	g	84,80	91,75
I	87.03.D TC ORBITE SENZA E CON MDC. (studio selettivo)	g	173,85	188,05
I	87.03.E TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	g	58,55	58,55
I	87.03.F TC DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	g	105,35	113,95
	87.04.1 RX LARINGE CON STRATIGRAFIA. Esame diretto e in fase dinamica	N	31,60	34,15
H	87.05 DACRIOCISTOGRAFIA.	N	86,90	94,00
	87.06 FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	N	31,05	33,60
	87.06.1 RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	N	55,85	60,40
	87.07 LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	47,45	51,30
	87.09.1 RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto (2 proiezioni) di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia delle ghiandole salivari codificare anche 88.90.1	N	15,55	16,80
	87.09.2 RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	N	67,95	73,50
	87.11.1 RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	N	10,55	11,40
	87.11.2 RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	N	9,50	10,30
E	87.11.3 ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	N	26,30	28,45
	87.11.4 STRATIGRAFIA DELLE ARCATE DENTARIE.	N	24,75	26,80
	87.12.1 TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	N	10,55	11,40
E	87.12.2 RADIOGRAFIA ENDORALE.	1	6,80	6,80
	87.13.1 ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	N	68,50	74,10

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**87. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**

Nota: Codice: Descrizione:

		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Bilaterale Includo: esame diretto	N	86,40	93,45
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Includo esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	N	27,40	29,65
87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Includo esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	N	45,30	49,00
I 87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.16.1.	g	15,30	16,55
I 87.16.7	RX EMIMANDIBOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.16.1.	g	15,30	16,55
87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA. (2 proiezioni)	N	15,55	16,80
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI. (2 proiezioni)	N	17,65	19,10
I 87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO - La prestazione sostituisce cod. 87.17.1. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento.	g	26,30	28,45
87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE. (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	N	34,20	36,95
87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	N	34,20	36,95
87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	N	34,20	36,95
87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA. (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	N	73,75	79,75
87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE.	N	69,50	75,20
IA 87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifascico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	g	89,55	96,90
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	N	35,55	38,45
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	N	23,45	25,40
87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA.	N	32,65	35,30
87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA. (Minimo 2 radiogrammi)	N	55,35	59,85
87.41	TC DEL TORACE. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	N	115,85	125,30
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	N	210,75	227,95
87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE. Tomografia bilaterale polmonare	N	50,05	54,15
87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE. Tomografia monolaterale polmonare	N	35,30	38,15
87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO.	N	40,85	44,20
87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA. (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	N	34,20	36,95
I 87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	g	16,30	17,65
I 87.43.4	RX DELLO STERNO. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	g	16,30	17,65
I 87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	g	16,30	17,65
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	N	23,70	25,65
87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO. (4 proiezioni)	N	32,15	34,80
87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA. (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1	N	15,30	16,55

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
87. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA. Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	N	70,05	75,75
H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE.. Incluso esame diretto	N	45,30	49,00
	87.59.1	COLECISTOGRAFIA. Incluso: esame diretto e prova di Bronner	N	51,10	55,30
	87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	N	71,90	77,80
	87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	N	51,10	55,30
	87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO.	N	38,20	41,35
	87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO MDC.	N	48,20	52,15
	87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a 87.61, 87.62, 87.62.1, 87.62.2, 87.63, 87.64.1, 87.65.1, 87.65.2, 87.65.3	N	60,60	65,50
	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON MDC SINGOLO.	N	46,35	50,15
I	87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE. La prestazione sostituisce cod. 87.64.	g	30,55	33,00
	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	N	52,70	57,00
	87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO MDC.	N	93,50	101,15
	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO MDC (con enteroclisi).	N	143,80	155,55
H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO. Wirsungrafia	N	60,85	65,85
I	87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE. La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	g	69,80	69,80
I	87.69.3	DEFECOGRAFIA - La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	g	69,80	69,80
I	87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA. La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	g	69,80	69,80
	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo, pelvi, vescica.	N	96,95	104,90
	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON MDC. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo, pelvi, vescica.	N	221,25	239,30
	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE. Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto	N	34,20	36,95
	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	N	158,05	170,90
H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	70,05	75,75
H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	93,80	101,45
	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE.. Incluso: esame diretto	N	44,25	47,85
H	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE.	N	67,40	72,90
	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE.	N	54,75	59,25
	87.77	CISTOGRAFIA. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	49,25	53,25
	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	70,05	75,75
	87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO. Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	N	34,20	36,95
	87.79.1	URETROGRAFIA. (3 radiogrammi)	N	44,80	48,45
	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	110,60	119,60
IH	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA. non associabile alla prestazione 87.83 e 87.83.2	2	68,00	68,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**87. RADIOLOGIA DIAGNOSTICA**

Nota: Codice: Descrizione:

I	87.83.2	ISTEROSONOGRAFIA. non associabile a 88.78.2	2	49,00	49,00
	87.89.1	COLPOGRAFIA. (4 radiogrammi)	N	56,90	61,55
	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE.	N	73,75	79,75
	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA.	N	75,35	81,50
I	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	g	26,30	28,45

88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE

Nota: Codice: Descrizione:

	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE.. Includo: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod.88.01.2	N	90,05	97,40
	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Includo: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	N	210,75	227,95
	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Includo: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4	N	90,05	97,40
	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Includo: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	N	210,75	227,95
	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3	N	117,45	127,05
	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod.88.01.2 e cod. 88.01.4	N	263,40	284,90
I	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi) CON E SENZA MDC. Includo eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a 88.01.1 e 88.01.2	g	210,75	220,80
I	88.01.9	TC COLON, SENZA E CON MDC. Includo 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	g	210,75	227,95
I	88.02.1	TC UROGRAFIA. Includo eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	g	210,75	227,95
	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME. (4 radiogrammi)	N	55,35	59,85
I	88.03.2	FISTOLOGRAFIA.	2	59,85	59,85
	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE.	N	128,50	139,00
	88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO].	N	34,20	36,95
I	88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE.La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.21.2	RX DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.21.3	RX DEL BRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.22.1	RX DEL GOMITO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	g	26,30	28,45
I	88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	g	26,30	28,45
I	88.23.1	RX DEL POLSO. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	g	26,30	28,45
I	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	g	26,30	28,45
	88.25	PELVIMETRIA.	N	17,90	19,35
I	88.26.2	RX DELL'ANCA. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	g	26,30	28,45
I	88.27.1	RX DEL FEMORE. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	g	26,30	28,45

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	g	26,30	28,45
I	88.27.3	RX DELLA GAMBA. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	g	26,30	28,45
I	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	g	26,30	28,45
I	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	g	26,30	28,45
	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO.	N	30,80	33,35
	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA. (3 proiezioni)	N	26,90	29,10
	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO. [Scheletro per patologia sistemica]	N	263,40	284,90
R	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE.	N	22,90	24,75
H	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO. (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	N	83,75	90,60
	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	N	12,40	13,40
	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO.	N	32,15	34,80
	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	N	55,35	59,85
	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	N	55,35	59,85
	88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE.	N	88,25	95,45
	88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	N	153,80	166,35
I	88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno tre distretti anatomici	2	512,75	512,75
I	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9	g	115,85	125,30
I	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9.	g	115,85	125,30
I	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9	g	115,85	125,30
I	88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9	g	210,75	227,95
I	88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9	g	210,75	227,95
I	88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9	g	210,75	227,95
I	88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	g	115,85	125,30
I	88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	g	115,85	125,30
I	88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	g	115,85	125,30
I	88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	g	210,75	227,95
I	88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	g	210,75	227,95
I	88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	g	210,75	227,95
	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO. (2 proiezioni)	N	15,80	17,10

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE**

Nota: Codice: Descrizione:

I	88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE[articolazione coxo-femorale, femore].La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	g	115,85	125,30			
I	88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA .La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	g	115,85	125,30			
I	88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	g	115,85	125,30			
I	88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	g	210,75	227,95			
I	88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	g	210,75	227,95			
I	88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC.La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	g	210,75	227,95			
I	88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a 88.41.2 e 88.41.3	2	220,80	220,80			
I	88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a88.41.1 e 88.41.3	2	220,80	220,80			
I	88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	2	220,80	220,80			
H	88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico e origine dei vasi epiaortici	N	288,95	347,85			
H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	N	288,95	438,30			
I	88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE.	2	220,80	220,80			
I	88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a 88.47.1 e 88.47.2	2	220,80	220,80			
I	88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a 88.45.1	2	220,80	220,80			
I	88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a 88.45 e 88.47.1	2	220,80	220,80			
I	88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE E VASI VISCERALI. Non associabile a 88.44.1 e 88.47.2	2	220,80	220,80			
I	88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a 88.44.1 e 88.47.1	2	220,80	220,80			
H	88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE.	N	288,95	553,30			
I	88.48.1	ANGIO TC DEGLI ARTI INFERIORI. Inclusa l'aorta addominale sottorenale. Non associabile a 88.47.1	2	220,80	220,80			
I	88.49.2	ANGIO TC DEGLI ARTI SUPERIORI.	2	220,80	220,80			
H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare	N	269,20	291,15			
H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA.	N	100,10	108,25			
H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE.	N	261,85	283,20			
H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE.	N	261,85	283,20			
H	88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE.	N	251,30	271,80			
H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE.	N	251,30	271,80			
H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE.	N	251,30	271,80			
H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA. Bilaterale	N	261,85	283,20			
I	88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA.	2	271,80	271,80			
H	88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE.	N	251,30	271,80			
H	88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DELL'ARTO INFERIORE.	N	290,80	314,55			
E	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	N	31,90	34,55			
E	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	N	46,85	50,65			
E	88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO.	N	50,05	54,15			
E	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	N	28,95	31,30			

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
E	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3	N	52,70	57,00
E	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3	N	94,80	102,55
HE	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2	N	105,35	113,95
H	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA. Ecocardiografia transesofagea	N	79,00	85,45
E	88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE.	N	42,15	45,60
HIE	88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2	2	113,95	113,95
	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	N	36,60	39,55
	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	N	21,55	23,30
	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE.	N	36,60	39,55
	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA.	N	31,35	33,90
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	N	44,80	48,45
I	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI.	g	37,75	37,75
IE	88.73.Z	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari, succlavie, vene anonime.	g	44,80	48,45
E	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro - Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	N	73,75	79,75
IE	88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Colordoppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Colordoppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. La prestazione sostituisce cod. 88.74.3. Incluso eventuale integrazione Colordoppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,25	47,85
IE	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.4. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi.	g	44,25	47,85
	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	N	63,20	68,40
E	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	N	51,10	55,30
E	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	N	105,35	113,95
IE	88.76.3	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso vasi viscerali. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	g	32,65	35,30
I	88.76.4	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI SENZA E CON MDC. Escluso vasi viscerali.	g	64,25	64,25
IE	88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	g	32,65	35,30
I	88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MDC.	g	64,25	64,25
E	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	25,30	27,35

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
E	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI.	N	23,70	25,65
IE	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo.La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica.Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO.La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
E	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA.	N	36,85	39,85
E	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1. Minimo 4 sedute	N	23,45	25,40
E	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N	31,60	34,15
IE*	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza. Non associabile a 88.75.1	g	129,10	129,10
E	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli - per singolo distretto - Inclusa eventuale integrazione Color Doppler.	N	28,95	34,15
E	88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO.	N	42,15	45,60
E	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione Color Doppler.	N	28,95	34,15
	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA DEL TORACE.	N	51,60	55,80
	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE.	N	31,60	34,15
E	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione color doppler. Non associabile a cod. 88.79.E	N	31,60	34,15
E	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	N	44,25	47,85
E	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione color doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N	79,00	85,45
	88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso eventuale integrazione color doppler	N	31,60	34,15
I	88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o diastasi muscolare. Incluso eventuale integrazione color doppler	2	36,00	36,00
I	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA - Sostituisce 88.75.3 -. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a 88.79.5	g	65,20	70,50
I	88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a cod. 88.79.6	2	36,00	36,00
I	88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso eventuale integrazione color doppler	2	85,45	85,45
I	88.79.G	ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione color doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	2	85,45	85,45
I	88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color doppler.	2	56,65	56,65
I	88.79.J	MDC ECOGRAFICO IN CORSO DI ESAME DI BASE. Codificare in caso di somministrazione di MDC Ecografico	2	15,00	15,00
IE*	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1 e 88.76.1	2	55,30	55,30

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE. Scheletro in toto e colonna	N	25,80	27,90
	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	N	25,80	27,90
	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI.	N	25,80	27,90
	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI. Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	N	15,30	16,55
	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE. Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	N	30,05	32,50
I	88.90.4	RM DI RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC - SOSTITUISCE PREST. 88.90.2.	g	20,55	22,20
	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE.	N	226,55	245,00
	88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC.	N	336,60	364,05
	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	N	200,20	216,55
	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	N	326,60	353,25
	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO.	N	251,30	271,80
	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	N	163,30	176,65
	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	N	295,00	319,05
	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO.	N	251,30	271,80
I	88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC.	2	279,15	279,15
I	88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC.	2	279,15	279,15
IR	88.91.Q	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. con tecnica a contrasto di fase	2	271,80	271,80
IR	88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA ASSOCIATA AD ESAME DI BASE.	2	271,80	271,80
IR	88.91.S	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE.	2	319,05	319,05
	88.92	RM DEL TORACE. [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	N	210,75	227,95
	88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC. [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	N	326,60	353,25
	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO.	N	251,30	271,80
	88.92.3	CINE RM DEL CUORE.	N	210,75	227,95
	88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC.	N	326,60	353,25
	88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	N	316,60	342,40
	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA. Mono e/o Bilaterale.	N	163,30	176,65
	88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC - Sostituisce 88.92.7.	N	238,65	258,15
I	88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC.	g	295,00	319,00
I	88.92.B	ANGIO RM CORONARICA.	2	256,80	256,80
I	88.93.2	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO, SENZA E CON MDC.	2	319,05	319,05
I	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE**

Nota: Codice: Descrizione:

I	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20			
I	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25			
I	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25			
I	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25			
I	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25			
I	88.93.V	RM DEL RACHIDE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20			
I	88.93.Z	RM DEL RACHIDE DORSALE.La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20			
I	88.94.4	RM DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.94.1. Incluso parti molli, distretto vascolare.	g	181,20	196,00			
I	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso parti molli, distretto vascolare La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00			
I	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			
I	88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90			

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
88. ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE. La prestazione sostituisce cod. 88.94.3.	g	251,30	271,80
I	88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE. La prestazione sostituisce cod. 88.94.3.	g	251,30	271,80
I	88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.94.4.	g	295,00	319,05
I	88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.94.4.	g	295,00	319,05
	88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	N	210,75	227,95
	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.7	N	326,60	353,25
	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE.	N	251,30	271,80
	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8.	N	210,75	227,95
	88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare	N	326,60	353,25
	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE.	N	251,30	271,80
I	88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC.	2	319,05	319,05
I	88.95.8	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC.	2	319,05	319,05
IR	88.95.F	RM FETALE.	2	271,80	271,80
I	88.96.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO. non associabile a 88.95.1, 88.95.4	2	353,25	353,25
I	88.96.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC. non associabile a 88.95.2, 88.95.5	2	547,00	547,00
IR	88.97.3	RM SPETTROSCOPIA.	2	271,80	271,80
IR	88.97.7	RM DIFFUSIONE-PERFUSIONE.	2	271,80	271,80
IR	88.97.8	RM DIFFUSIONE-PERFUSIONE SENZA E CON MDC ASSOCIATA AD ESAME DI BASE.	2	319,05	319,05
I	88.97.A	COLANGIO-WUIRSUNGO RM. - Sostituisce 87.54.2.	g	184,45	199,50
I	88.97.B	COLANGIO-WUIRSUNGO RM. Con stimolo farmacologico	2	299,25	299,25
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	g	299,25	299,25
*	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO. Polso o caviglia	1	18,80	18,80
	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA TOTAL BODY.	N	57,95	62,65
*	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA - TC MONODISTRETTUALE..	1	84,90	84,90
*	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI.	N	15,40	15,40
I*	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA LOMBAR. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1	34,80	34,80
I*	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA FEMORALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1	34,80	34,80
I*	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA ULTRADISTALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1	34,80	34,80

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**89.0. ANAMNESI, VALUTAZIONE, CONSULTO E VISITA**

Nota: Codice: Descrizione:

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori		
	14,25	14,25		
I	89.01 VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esistente è aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.	N	14,25	14,25
I	89.01.1 VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE.	g	14,25	14,25
I	89.01.2 VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.3 VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.4 VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.5 VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.6 VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.7 VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.8 VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.9 VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
IE	89.01.A VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.B VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato.	g	14,25	14,25
IE	89.01.C VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.D VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	g	14,25	14,25
I	89.01.E VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.F VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale verifica all'adesione al trattamento farmacologico e consegna di farmaci chemioterapici orali. Escluso il costo dei farmaci	g	14,25	14,25
I	89.01.G VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.H VISITA ORL DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.L VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.M VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.N VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.P VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.Q VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica e/o ureterale	g	14,25	14,25
I	89.01.W VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.Z VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.02 VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA.	g	3,00	3,00
IA	89.02.V CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) Incluso: Cod 89.02 VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA, Cod. 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO, Cod. 90.75.4 TEMPO DI PROTROMBINA (PT). Per singola seduta (Ciclo di 10 sedute)	g	8,90	8,90
	89.07 VISITA MULTIDISCIPLINARE -. Nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	N	47,45	47,45
IE	89.19.3 CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
I	89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Sostituisce 89.26. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4	g	20,50	20,50
I	89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, prelievo citologico	g	14,25	14,25

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
89.0. ANAMNESI, VALUTAZIONE, CONSULTO E VISITA					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Non associabile a 89.26.1 - Sostituisce 89.26.	g	20,50	20,50
I	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al codice 89.26.2.	g	14,25	14,25
I	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	2	25,65	25,65
I	89.59.2	HEAD UP TILT TEST.	2	52,80	52,80
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.	g	20,50	20,50
I	89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA.	g	20,50	20,50
I	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).	g	35,30	35,30
I	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE.	g	20,50	20,50
I	89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA.	g	20,50	20,50
I	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE.	g	20,50	20,50
I	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: Osservazione in epiluminescenza	g	20,50	20,50
I	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.	g	20,50	20,50
I	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA.	g	20,50	20,50
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	g	20,50	20,50
I	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE.	g	20,50	20,50
I	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE. Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	g	20,50	20,50
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	g	20,50	20,50
I	89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLOFACCIALE.	g	20,50	20,50
I	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento.	g	20,50	20,50
I	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	g	20,50	20,50
I	89.7B.8	PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	g	20,50	20,50
I	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	g	20,50	20,50
I	89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso:stesura del piano di trattamento.	g	20,50	20,50
I	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	g	20,50	20,50
I	89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA.	g	20,50	20,50
I	89.7R.1	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA.	g	20,50	20,50
89.1. MISURE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE ED ESAMI MANUALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	89.11	TONOMETRIA. Non associabile a cod. 95.02	N	14,25	15,40
	89.12	RINOMANOMETRIA.	N	14,25	15,40
E	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	N	20,50	20,50
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	N	23,70	25,65
	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO.	N	35,55	38,45

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
89.1. MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO.	N	35,55	38,45
	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE].	N	47,45	51,30
	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore. Non associabile a 89.14.3	N	35,55	38,45
	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE. Con mappaggio	N	35,55	38,45
	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI.	N	23,70	25,65
	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	N	49,80	53,85
	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	N	35,55	38,45
	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI. Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	N	35,55	38,45
	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	N	56,90	61,55
	89.15.6	POLIGRAFIA. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	N	47,45	51,30
	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disturbi del movimento. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	N	47,45	51,30
	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Per ricerca di soglia	N	42,70	46,20
	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Da stimolo elettrico	N	94,80	102,55
E	89.17	POLISONNOGRAFIA. Diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	N	142,25	153,85
	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA.	N	142,25	153,85
	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA.	N	142,25	153,85
	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	N	28,45	30,80
	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	N	52,15	56,40
89.2. MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	89.22	CISTOMETROGRAFIA. Cistomanometria	N	56,90	61,55
	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE.	N	23,70	25,65
	89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA).	N	11,85	12,80
	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE.	N	11,85	12,80
89.3. ALTRE MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA.	N	68,50	74,10
	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore.	N	94,80	102,55
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	N	23,70	25,65
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE. [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica].	N	37,95	41,05
	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD).	N	47,45	51,30
	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	N	37,95	41,05
	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO. Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	N	56,90	61,55

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
89.3. ALTRE MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	N	47,45	51,30
	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE. Escluso: Spirometria	N	23,70	25,65
	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA.	N	23,70	25,65
	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO.	N	23,70	25,65
	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA.	N	47,45	51,30
	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO.	N	23,70	25,65
	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	N	71,10	76,90
	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE.	N	47,45	51,30
	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI.	N	23,70	25,65
	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1.	N	23,70	25,65
	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA.	N	18,95	20,50
	89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA].	N	9,50	10,30
	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA.	N	7,60	8,20
I	89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO - Sostituisce 89.39.1 - 89.39.2.	g	60,10	60,10
89.4. TEST CARDIOLOGICI DA SFORZO E CONTROLLO PACE-MAKER					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	N	56,90	61,55
	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS.	N	18,95	20,50
	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	N	56,90	61,55
	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO.	N	56,90	61,55
	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO. ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	N	85,30	92,25
	89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST].	N	56,90	61,55
	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER.	N	23,70	25,65
	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)	N	63,20	68,40
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA.	N	11,85	12,80
	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	N	47,45	47,50
E	89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	18,95	20,50
E	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	28,45	30,80
E	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	N	18,95	20,50
E	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	N	18,95	20,50
E	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	N	28,45	30,80
E	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	21,05	22,80

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**89.4. TEST CARDIOLOGICI DA SFORZO E CONTROLLO PACE-MAKER**

Nota: Codice: Descrizione:

E	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	N	18,95	20,50
E	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO.	N	18,95	20,50
	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA. Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	N	42,15	45,60

89.6. MONITORAGGIO CIRCOLATORIO

Nota: Codice: Descrizione:

	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA.	N	42,15	45,60
E	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE.	N	47,45	51,30
E	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA. Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico.	N	13,95	15,10
	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	N	18,95	20,50
	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE. Test dell' ipossia	N	18,95	20,50
	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2.	N	18,95	20,50
	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA.	N	9,50	10,30
	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE.	N	18,95	20,50
E	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO.	N	18,95	20,50
	89.7	PRIMA VISITA. ESCLUSO: LE PRIME VISITE SPECIFICAMENTE CODIFICATE. Il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, è predisposta appropriata documentazione e impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico.	N	20,50	20,50

90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO

Nota: Codice: Descrizione:

*	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO. Diagnosi differenziale di sindrome di Cushing e nella valutazione di pazienti con insufficienza adrenocorticale del surrene	N	16,70	18,05
	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P).	N	10,85	11,75
*	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]. Diagnosi di irsutismo ed ipopituitarismo.	N	10,90	11,80
	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU].	N	11,60	12,55
	90.01.5	ACIDI BILIARI.	N	9,35	10,10
*	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]. Diagnosi di carcinoidi intestinali	N	16,25	17,60
R	90.02.2	ACIDO CITRICO.	N	4,25	4,60
	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA). Diagnosi delle porfirie o di intossicazioni da piombo	N	9,80	10,60
	90.02.4	ACIDO IPPURICO.	N	5,95	6,45
	90.02.5	ACIDO LATTICO.	N	5,40	5,80
	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI).	N	7,95	8,60
IMR*	90.03.2	ACIDO PIRUVICO. Secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare	g	4,10	4,40
R	90.03.3	ACIDO SIALICO.	N	14,25	15,40
	90.03.4	ACIDO VALPROICO.	N	9,50	10,30
*	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]. Diagnosi del feocromocitoma e delle neoplasie del surrene	N	21,00	22,70
R	90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH).	N	9,35	10,10
R	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P].	N	23,35	25,25

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
R	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U].	N	23,35	25,25
	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA.	N	5,30	5,70
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U].	N	2,65	2,85
	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU].	N	2,65	2,85
	90.05.2	ALDOLASI [S].	N	2,85	3,05
	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U].	N	14,90	16,10
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S].	N	6,45	6,95
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb].	N	12,65	13,70
	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S].	N	7,75	8,35
	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U].	N	11,05	11,95
	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA.	N	4,30	4,65
	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U].	N	2,65	2,85
	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica).	N	5,30	5,70
R	90.07.1	ALLUMINIO [S/U].	N	9,30	10,05
R	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P].	N	3,50	3,80
R	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO.	N	13,10	14,15
	90.07.4	AMITRIPTILINA.	N	7,50	8,10
	90.07.5	AMMONIO [P].	N	9,30	10,05
	90.08.1	ANDROSTENEDILOLO GLUCURONIDE.	N	12,75	13,80
	90.08.2	ANGIOTENSINA II.	N	14,25	15,40
	90.08.3	ANTIBIOTICI. Aminoglicosidi, Vancomicina. Per ciascuna determinazione	N	7,50	8,10
	90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1.	N	6,20	6,70
	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B.	N	6,05	6,55
	90.09.1	APTOGLOBINA.	N	4,75	5,15
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S].	N	2,65	2,85
	90.09.3	BARBITURICI.	N	8,15	8,85
	90.09.4	BENZODIAZEPINE.	N	9,05	9,80
	90.09.5	BENZOLO.	N	9,40	10,20
	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U].	N	11,00	11,90
	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato).	N	0,70	0,80
	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico).	N	0,90	1,00
	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE.	N	2,65	2,85
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA (DIRETTA ED INDIRETTA).	N	4,25	4,60
	90.11.1	C PEPTIDE.	N	11,80	12,75
	90.11.2	C PEPTIDE: dosaggio basale e dopo 6' dalla somministrazione e.v. di glucagone.	N	49,20	53,20
R	90.11.3	CADMIO.	N	9,30	10,05
	90.11.4	CALCIO TOTALE.	N	1,30	1,40
	90.11.5	CALCITONINA.	N	14,85	16,05

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
R	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI.Cristallografia mediante spettrometria a raggi infrarossi.	N	10,25	11,10
	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa).	N	5,40	5,80
	90.12.3	CARBAMAZEPINA.	N	13,65	14,75
*	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE. Diagnosi feocromocitoma	N	12,85	13,90
	90.12.5	CERULOPLASMINA.	N	5,80	6,30
I*	90.12.A	CALPROTECTINA IMMUNOMETRICO nelle feci. Diagnosi precoce di M.Crohn e Colite ulcerosa	2	15,05	15,05
I*	90.12.F	CATENE LEGGERE LIBERE NEL SANGUE KAPPA E LAMBDA [S] dosaggio (per ogni dosaggio). Diagnosi e/o trattamento: Mielomi, Amiloidosi, MGUS	2	20,50	20,50
	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci].	N	5,50	5,95
	90.13.2	CICLOSPORINA.	N	16,60	17,95
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU].	N	1,30	1,40
	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina).	N	8,55	9,25
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S].	N	9,30	10,05
I	90.13.A	CISTATINA C. Dosaggio utile nello studio della funzionalità renale, in particolare nei soggetti pediatrici	2	19,00	19,00
	90.14.1	COLESTEROLO HDL.	N	3,15	3,45
	90.14.2	COLESTEROLO LDL.	N	0,65	0,75
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE.	N	1,40	1,50
	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE).	N	2,65	2,85
	90.14.5	COPROPORFIRINE.	N	6,55	7,05
	90.15.1	CORPI CHETONICI.	N	0,75	0,85
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P].	N	20,95	22,65
	90.15.3	CORTISOLO [S/U].	N	13,25	14,35
	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK).	N	2,65	2,85
	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB).	N	3,75	4,05
I	90.15.7	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB massa).	2	7,90	7,90
	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI.	N	2,85	3,05
	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME.	N	12,80	13,85
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La].	N	1,60	1,70
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Comprende Creatininemia e Creatinuria. Incluso eventuale indice di velocità di filtrazione glomerulare (VGF)	N	2,00	2,00
R	90.16.5	CROMO.	N	9,30	10,05
I*	90.16.6	CROMOGRANINA A. Diagnosi di feocromocitoma e Ca Polmonare a piccole cellule.	2	19,00	19,00
I	90.16.7	CROSS LINK PIRIDINOLINA.	2	14,50	14,50
I	90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA.	2	14,50	14,50
	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA).	N	10,90	11,80
	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S).	N	15,70	17,00
	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE.	N	9,80	10,60
	90.17.4	DESIPRAMINA.	N	7,50	8,10
	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT).	N	23,35	25,25

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

I	90.17.6	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN (1° trimestre): HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A.	2	26,00	26,00
I*	90.17.9	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (1°, 2° trimestre): TEST INTEGRATO PER PAPP-A, AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. Nell'ambito di protocolli diagnostico-preventivi delle malformazioni fetali integrato ad altre indagini strumentali in ginecologia	2	64,70	64,70
I	90.17.A	DESOSSIPIRIDINOLINA.	2	18,45	18,45
I	90.17.C	DOSAGGIO ALTRI FARMACI. per ciascun analita (metodo immunometrico)	2	15,05	15,05
I	90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA.	2	9,50	9,50
I	90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE).	2	10,70	10,70
	90.18.1	DOPAMINA [S/U].	N	13,55	14,65
	90.18.2	DOXEPINA.	N	7,50	8,10
	90.18.3	DROGHE D'ABUSO. per ciascun analita (metodo immunometrico)	N	6,10	6,60
	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE).	N	18,80	20,35
R	90.18.5	ERITROPOIETINA.	N	18,00	19,45
	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI.	N	5,50	5,95
	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO.	N	9,40	10,20
	90.19.5	ESTRONE (E1).	N	15,45	16,70
	90.20.1	ETANOLO [S/U].	N	5,90	6,40
	90.20.2	ETOSUCCIMIDE.	N	9,30	10,05
	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI. per ciascuna determinazione	N	9,30	10,05
	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI. per ciascuna determinazione	N	7,40	8,00
	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI. per ciascuna determinazione	N	9,55	10,35
IR	90.20.7	FARMACI DROGHE E TOSSICI DIVERSI (DOSAGGIO MEDIANTE HPLC E/O SPETTROMETRIA DI MASSA). Esclusi 90.18.3, 90.20.3, 90.20.4, 90.20.5, 90.21.1, 90.08.3	2	24,65	24,65
	90.21.1	FARMACI DIGITALICI. per ciascuna determinazione	N	11,30	12,20
R	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP).	N	9,35	10,10
	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti).	N	5,00	5,40
	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO (metodo immunologico).	N	3,95	4,25
R	90.21.5	FENILALANINA.	N	3,50	3,80
	90.22.1	FENITOINA.	N	11,05	11,95
	90.22.2	FENOLO [U].	N	3,60	3,90
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er].	N	13,25	14,35
	90.22.4	FERRO [dU].	N	5,40	5,80
	90.22.5	FERRO [S].	N	2,65	2,85
R	90.23.1	FLUORO.	N	6,40	6,90
	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er].	N	9,30	10,05
	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U].	N	13,25	14,35

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
	90.23.4	FOSFATASI ACIDA.	N	1,80	1,90
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA.	N	2,65	2,85
	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO.	N	10,75	11,65
	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU].	N	1,65	1,75
R	90.24.4	FOSFOESOSISOISOMERASI (PHI).	N	1,10	1,20
	90.24.5	FOSFORO.	N	1,30	1,40
R	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S].	N	3,20	3,50
R	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls].	N	4,25	4,60
	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico).	N	7,05	7,65
	90.25.4	GALATTOSIO [S/U].	N	2,15	2,35
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U].	N	2,65	2,85
IMR*	90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT). Secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare	2	11,60	11,60
I	90.25.7	GLOBULINA DA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG).	2	12,70	12,70
	90.26.1	GASTRINA [S].	N	11,85	12,80
	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG).	N	7,60	8,20
	90.26.3	GLUCAGONE [S].	N	8,45	9,15
	90.26.4	GLUCOSIO Curva da carico 2 o 3 determinazioni. Inclusa determinazione del Glucosio basale 90.27.1	N	2,50	2,70
	90.26.5	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (4 o 5 o 6 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	N	4,85	5,25
	90.27.1	GLUCOSIO.	N	1,60	1,70
	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH).	N	9,50	10,30
	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U].	N	13,25	14,35
	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U].	N	12,85	13,90
	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera).	N	14,55	15,75
IR	90.27.6	IODURIA.	2	3,20	3,20
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA.	N	10,80	11,70
	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U].	N	18,15	19,65
	90.28.3	IMPIRAMINA.	N	14,55	15,75
	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U].	N	9,50	10,30
	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5).	N	31,15	33,70
	90.29.1	INSULINA [S].	N	9,80	10,60
	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F].	N	2,65	2,85
	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls].	N	2,60	2,80
	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S].	N	2,85	3,05
	90.30.1	LEVODOPA.	N	7,50	8,10
	90.30.2	LIPASI [S].	N	3,25	3,55
	90.30.3	LIPOPROTEINA (a).	N	13,90	15,05
	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	N	4,10	4,40

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione.	N	1,05	1,15
	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia).	N	11,60	12,55
	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA.	N	18,00	19,45
	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS.	N	1,05	1,15
I	90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] - Sostituisce cod. 90.31.4 - ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica.	g	4,30	4,65
I	90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA'. previa colorazione con eosina (Prestazione erogabile solo in caso di motilità < al 30%).La prestazione sostituisce cod.90.31.5	g	7,75	8,35
I*	90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO - La prestazione sostituisce cod.90.31.4 - (Fruttosio, Carnitina, Fosfasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi) Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)	g	4,30	4,65
	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	N	2,65	2,85
	90.32.2	LITIO [P].	N	4,25	4,60
	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	N	57,00	61,65
	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er].	N	1,75	1,85
R	90.33.1	MANGANESE [S].	N	6,40	6,90
	90.33.2	MEPROBAMATO.	N	7,50	8,10
R	90.33.3	MERCURIO.	N	9,30	10,05
	90.33.4	MICROALBUMINURIA.	N	4,75	5,15
	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U].	N	7,75	8,35
I	90.33.6	METANEFRENE URINARIE. Sotituisce cod.90.33.8.	g	8,45	8,45
I	90.33.7	MURAMIDASI (LISOZIMA).	g	2,35	2,55
	90.34.1	NEOPTERINA.	N	11,10	12,00
R	90.34.2	NICHEL.	N	10,30	11,15
	90.34.3	NORTRIPTILINA.	N	5,50	5,95
R	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO. per ciascuna determinazione	N	7,05	7,65
I	90.34.6	OMOCISTEINA.	2	12,55	12,55
I	90.34.7	OSMOLALITA'. (Determinazione diretta)	2	3,80	3,80
	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U].	N	10,80	11,70
	90.35.2	ORMONI. Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA, PEPTIDE C, GASTRINA, CALCITONINA, DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO [DEA-S]) Inclusa determinazione del livello basale. per ciascuna serie	N	33,70	36,45
	90.35.3	OSSALATI [U].	N	9,15	9,90
	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP).	N	25,90	28,05
	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S].	N	21,40	23,15
	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S].	N	6,40	6,90
	90.36.3	PIOMBO [S/U].	N	20,65	22,35

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er].	N	8,00	8,65
	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP).	N	6,40	6,90
I	90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE (BNP o NT-proBNP).	2	15,70	15,70
	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa).	N	13,55	14,65
	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U].	N	6,05	6,55
	90.37.3	POST COITAL TEST.	N	2,85	3,05
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er].	N	1,30	1,40
	90.37.5	PRIMIDONE.	N	9,30	10,05
I	90.37.6	PREALBUMINA.	2	6,30	6,30
I	90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PRO-COLLAGENE.	2	15,70	15,70
I	90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO.	2	6,30	6,30
	90.38.1	PROGESTERONE [S].	N	13,25	14,35
	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S].	N	13,25	14,35
	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5).	N	28,70	31,05
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]. Incluso: Dosaggio Proteine totali	N	7,90	8,55
	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La].	N	1,30	1,40
IR*	90.38.F	PEPSINOGENO A,C. Per singolo dosaggio. Indagine di II livello per la valutazione trattamento di inibitori di pompa	2	5,70	5,70
I	90.38.G	ACIDO OMOVANILICO.	2	12,45	12,45
I	90.38.H	TIMIDINA CHINASI.	2	53,00	53,00
I	90.38.L	TRIPTASI.	2	12,50	12,50
I	90.38.Z	PROCALCITONINA.	2	18,00	18,00
	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	N	4,75	5,15
	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA.	N	7,85	8,50
R	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI.	N	10,75	11,65
R	90.39.4	RAME [S/U].	N	5,05	5,45
	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI.	N	21,55	23,30
I	90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA.	2	10,50	10,50
	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE.	N	17,90	19,35
	90.40.2	RENINA [P].	N	26,30	28,45
R	90.40.3	SELENIO.	N	7,05	7,65
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er].	N	1,30	1,40
	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO.	N	4,75	5,15
I	90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE. La prestazione sostituisce cod.90.31.5.	g	7,75	8,35
I	90.40.7	SOMATOMEDINA C [IGF-1].	2	21,10	21,10
I	90.40.8	SOMATOSTATINA DOSAGGIO.	2	21,10	21,10
	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+).	N	0,90	1,00
	90.41.2	TEOFILLINA.	N	11,20	12,10
	90.41.3	TESTOSTERONE.	N	13,25	14,35

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO.	N	16,10	17,40
	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg).	N	15,95	17,25
I	90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE.	2	18,45	18,45
I	90.41.7	TELOPEPTIDE N-TERMINALE.	2	18,45	18,45
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH).	N	13,25	14,35
	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4).	N	23,70	25,65
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4).	N	13,25	14,35
	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante).	N	4,10	4,40
	90.42.5	TRANSFERRINA [S].	N	5,25	5,65
	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO. (Per screening S. Down e altre anomalie)	N	20,35	22,00
	90.43.2	TRIGLICERIDI.	N	3,15	3,45
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3).	N	13,25	14,35
	90.43.4	TRIPSINA [S/U].	N	10,70	11,60
	90.43.5	URATO [S/U/dU].	N	1,30	1,40
IR*	90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO[TEST DI FARLEY] non associabile a cod 90.44.3. Indagine di II livello per la valutazione del danno glomerulo-tubulare	2	3,30	3,30
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU].	N	1,60	1,70
	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS.	N	3,95	4,25
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	N	2,35	2,55
	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo).	N	0,70	0,80
	90.44.5	VITAMINA D.	N	16,60	17,95
R	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO. Per ciascuna determinazione	N	10,65	11,55
R	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO. Per ciascuna determinazione. Non associabile a 90.44.5	N	10,65	11,55
	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento).	N	6,05	6,55
	90.45.4	ZINCO [S/U].	N	6,40	6,90
	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er].	N	8,65	9,35
	90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA.	N	7,60	7,90
*	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA.	N	9,00	9,70
	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC).	N	4,75	5,15
	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA.	N	4,75	5,15
	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B.	N	4,30	4,65
	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Nas	N	13,70	13,70
R	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO.	N	11,65	12,60
	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA. (IgG, IgA, IgM) per ciascuna determinazione	N	12,80	13,85
I	90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	g	13,70	13,70

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

I	90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA Determinazione singola.	g	13,70	13,70	
I	90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	g	13,70	13,70	
I	90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide).	2	13,00	13,00	
I	90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO. per ciascun anticorpo	2	8,00	8,00	
	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA).	N	8,50	9,20	
	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	N	11,65	12,60	
	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO.	N	12,15	13,15	
	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico).	N	1,80	1,90	
	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante).	N	8,50	9,20	
	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione).	N	19,30	20,85	
	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE.	N	24,75	26,80	
	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto].	N	9,50	10,30	
	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII.	N	11,65	12,60	
	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA). per ciascuna determinazione	N	11,65	12,60	
I	90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	2	12,65	12,65	
I	90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD).	2	12,00	12,00	
I	90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE.	2	16,45	16,45	
I	90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI.	2	13,70	13,70	
I	90.49.Z	ANTICORPI ANTI-PEPTIDI DEAMIDATI DELLA GLIADINA (IgA, IgG). per ciascuna determinazione	2	36,72	36,72	
R	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo).	N	36,55	39,50	
R	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità).	N	36,55	39,50	
R	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente).	N	21,35	23,10	
R	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti).	N	19,20	20,75	
	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA).	N	8,75	9,45	
	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA).	N	12,45	13,45	
	90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI.	N	42,75	46,25	
	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG.	N	11,65	12,60	
	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO).	N	11,65	12,60	
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA).	N	8,40	9,10	
I	90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPERROSSIDASI (MPO).	2	12,10	12,10	
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA).	N	9,65	10,45	
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA).	N	7,60	8,20	
	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore).	N	7,60	8,20	
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA).	N	9,85	10,65	
	90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS.	N	24,80	24,80	
	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO.	N	7,60	8,20	
	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE.	N	43,65	47,20	

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE.	N	89,95	97,30
	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE.	N	25,80	27,90
	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH.	N	25,80	27,90
I	90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3).	2	12,10	12,10
I	90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA.	2	13,70	13,70
I	90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. per classe anticorpale	2	13,70	13,70
I	90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA).	2	10,30	10,30
I	90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA) per ciascuna determinazione.	2	12,10	12,10
	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA).	N	8,75	9,45
	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA).	N	8,75	9,45
	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE.	N	7,60	8,20
	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg).	N	12,95	14,00
	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI.	N	7,10	7,70
	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125).	N	18,90	20,45
	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3).	N	18,45	19,95
	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9).	N	16,75	18,10
	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195).	N	15,80	17,10
	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50).	N	15,80	17,10
	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4).	N	18,80	20,35
	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA).	N	12,35	13,35
	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA).	N	12,65	13,70
	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA) O SPECIFICO TISSUTALE (TPS).	N	18,80	20,35
	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA). Totale o Frazione Libera	N	11,60	11,60
I	90.56.8	ANTIGENE HER2/neu.	2	13,00	13,00
	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC).	N	22,50	24,35
R	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59.	N	17,45	18,90
	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno).	N	17,75	19,20
	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI.	N	43,00	46,50
	90.57.5	ANTITROMBINA III.	N	2,85	3,05
	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA).	N	18,80	20,35
	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto].	N	7,00	7,60
*	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA.	N	9,35	10,10
	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er].	N	4,15	4,45
	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI.	N	24,95	27,00
	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL.	N	22,80	24,65
	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK.	N	22,80	24,65
	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK.	N	19,80	21,40
	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE. (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	N	95,80	103,65

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore). quantitativo	N	6,30	6,80
	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno).	N	6,75	7,30
R	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO.	N	368,75	398,85
R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO.	N	2,50	2,70
R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE.	N	33,55	36,30
	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA.	N	1,80	1,90
	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna).	N	11,90	12,90
	90.61.3	CYFRA 21-1.	N	21,55	23,30
	90.61.4	D-DIMERO (EIA).	N	8,65	9,35
	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice).	N	7,30	7,90
	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA.	N	1,00	1,10
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L..	N	4,75	5,15
	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA.	N	12,35	13,35
	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI.	N	15,80	17,10
	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb].	N	2,55	2,75
	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato).	N	11,25	12,15
	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene).	N	6,85	7,40
	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche	N	21,25	23,00
	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO. Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	N	3,75	4,05
	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLE.	N	19,20	20,75
	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA.	N	24,45	26,45
	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE.	N	4,85	5,25
	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno).	N	14,60	15,80
	90.64.4	FENOTIPO Rh.	N	10,80	11,70
	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PRODOTTI DI DEGRADAZIONE (FDP/FSP).	N	13,80	14,90
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE.	N	2,70	2,90
*	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA.	N	9,35	10,10
H	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D).	N	7,90	8,55
H	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh Il controllo.	N	5,25	5,65
R	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO.	N	110,60	119,60
	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La].	N	1,80	1,90
	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2.	N	9,80	10,60
	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio).	N	4,10	4,40
	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.).	N	14,65	15,85
R	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE.	N	14,20	15,35
R	90.67.2	Hb - SEPARAZIONE CROMATOGRAFICA DELLE CATENE GLOBINICHE.	N	13,10	14,15
	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er].	N	1,80	1,90

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO. (1 siero/30 cellule a antigenicit� nota)	N	88,65	95,90
	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb].	N	7,50	8,10
	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO. (Per pannello, fino a 12 allergeni) per ciascun allergene	N	8,95	8,95
	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO.	N	12,65	13,70
	90.68.3	IgE TOTALI.	N	12,65	13,70
	90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	N	15,80	17,10
	90.68.5	IgG.IgG4 SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per ciascuna determinazione	N	16,70	18,05
R	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI.	N	8,00	8,65
	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE.	N	30,30	32,75
	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE.	N	16,70	18,05
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna).	N	5,95	6,45
*	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I).	N	9,80	10,60
R	90.70.1	INTERFERONE.	N	23,35	25,25
R	90.70.2	INTERLEUCHINA e altre CITOCHINE (Ciascuna).	N	20,05	21,70
	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test).	N	5,65	6,15
	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)].	N	4,45	4,85
	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)].	N	1,00	1,10
	90.71.1	METAEMOGLOBINA.	N	2,85	3,05
R	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test).	N	7,25	7,85
	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)].	N	1,30	1,40
	90.71.4	PINK TEST.	N	2,85	3,05
R	90.71.5	PLASMINOGENO.	N	11,90	12,90
	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P].	N	9,30	10,05
	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P].	N	9,30	10,05
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa).	N	4,85	5,25
	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P].	N	10,00	10,80
	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P].	N	10,00	10,80
I	90.72.6	PROTEINA S 100.	2	18,00	18,00
I	90.72.F	ATTIVITA' PROTEASICA ADAMTS 13.	2	98,65	98,65
R	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2.	N	4,75	5,15
H	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE.	N	8,60	9,30
R	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA.	N	6,15	6,65
R	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint).	N	120,25	130,05
R	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA.	N	54,65	59,10
R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente).	N	52,20	56,45
	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE.	N	3,10	3,35
	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel).	N	4,30	4,65

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
-------------------	---	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva).	N	8,65 9,35
	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)].	N	5,55 6,00
R	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA.	N	3,45 3,75
	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA.	N	1,65 1,75
	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA.	N	1,80 1,90
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT).	N	2,65 2,85
	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT).	N	2,85 3,05
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (APTT).	N	2,60 2,80
*	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born.	N	4,10 4,40
	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO.	N	2,85 3,05
	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE.	N	2,85 3,05
	90.76.5	TEST DI HAM.	N	4,90 5,30
	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali).	N	2,75 2,95
*	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA.	N	9,25 10,00
	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno).	N	37,15 40,20
	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI.	N	37,15 40,20
	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp).	N	486,75 526,45
	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina).	N	3,50 3,80
R	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A.	N	103,55 112,00
R	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20 59,70
R	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B.	N	103,55 112,00
R	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20 59,70
R	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C.	N	103,55 112,00
R	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20 59,70
R	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20 59,70
R	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	158,40 171,35
R	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	192,45 208,15
R	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20 59,70
R	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	181,95 196,80
R	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE.	N	111,35 120,45
R	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	181,95 196,80
R	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20 59,70
R	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE.	N	217,60 235,35
R	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE.	N	317,85 343,75
R	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B).	N	152,25 164,70
R	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP).	N	161,80 175,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
R	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT).	N	2,85	3,05
*	90.82.2	TROMBOSSANO B2.	N	5,75	6,25
	90.82.3	TROPONINA I, T.	N	16,70	18,05
	90.82.4	VALORE EMATOCRITO per monitoraggio del salasso.	N	0,75	0,85
*	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES). Test riservato alla valutazione di patologie infiammatorie croniche o neoplastiche. Da non eseguire per finalità di screening in soggetti asintomatici.	N	1,85	2,00
*	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA.	N	26,90	29,10
	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA.	N	6,30	6,80
	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	8,70	9,40
R	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA NAS. Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione.	N	61,10	66,10
	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	N	34,80	37,65
I	90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A. per ciascun microorganismo	2	54,15	54,15
	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici).	N	12,45	13,45
	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	8,30	9,00
	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	11,65	12,60
	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche).	N	6,50	7,00
	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.).	N	6,50	7,00
I	90.84.6	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (MIC DIFFUSIONE, per singola striscia di antibiotico).	2	12,30	12,30
I	90.84.7	BATTERI ANTICORPI NAS.	2	12,30	12,30
	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici).	N	6,50	7,00
	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici).	N	12,45	13,45
	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (E.I.A.)	N	5,95	6,45
	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Agglutinazione)	N	1,35	1,45
	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Elettrosineresi)	N	2,30	2,50
	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas.	N	12,45	13,45
	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas.	N	6,95	7,55
	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI. Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria	N	3,90	4,20
	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)	N	1,90	2,10
	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni speciali	N	2,50	2,70
	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Saggio di inibizione della crescita	N	4,75	5,15
	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO. Saggio di inibizione della crescita	N	6,50	7,00
	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE. Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	N	2,30	2,50
	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.).	N	9,30	10,05
	90.87.5	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (E.I.A.). per ciascun anticorpo	N	7,65	8,25

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
	12,85	13,90
	3,35	3,65
	7,80	8,40
	6,30	6,80
	4,95	5,35
	11,80	12,75
	5,30	5,70
	3,45	3,75
	3,65	3,95
	25,70	27,80
	7,90	8,55
	14,30	15,45
	27,25	29,50
	11,60	12,55
	11,65	12,60
	5,95	6,45
	3,45	3,75
	5,25	5,65
	2,10	2,30
	8,30	9,00
	6,30	6,80
	7,90	8,55
	8,20	8,90
	16,25	17,60
	6,30	6,80
IR	44,95	44,95
IR	28,60	28,60
	7,80	8,40
	3,10	3,35
	6,80	7,35
	6,30	6,80
	6,30	6,80
	27,00	29,20

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - PRESTAZIONE SOSTITUITA DA REGIONALE 90.93.6. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica	N	11,60	12,55
	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	N	9,60	10,40
	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.).	N	11,20	12,10
	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	4,55	4,95
I	90.94.6	GIARDIA LAMBLIA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	g	36,35	39,30
I	90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI (Metodi immunologici).	g	22,85	24,70
	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica).	N	6,30	6,80
	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	N	6,65	7,20
	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	18,80	20,35
	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	7,80	8,40
	90.95.5	LEGIONELLA ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici).	N	14,25	15,40
I	90.95.6	LEGIONELLE ANTICORPI IgG o Ig Totali.	2	28,60	28,60
I	90.95.7	LEGIONELLE ANTICORPI IgM.	2	13,15	13,15
I	90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE.	2	25,00	25,00
	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	10,80	11,70
	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa).	N	4,10	4,40
	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.).	N	14,25	15,40
	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	8,00	8,65
	90.96.5	LEPTOSPIRA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione e lisi). Per ciascun antigene	N	9,75	10,55
	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	N	3,75	4,05
*	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.).	N	11,55	12,50
*	90.97.3	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (MIC IN BRODODILUIZIONE). Fino a 5 antimicotici	N	10,75	11,65
	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	11,60	12,55
	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	N	6,05	6,55
IR	90.97.6	MALARIA. RICERCA DIRETTA IN IMMUNOFLOURESCENZA (Q.B.C.).	g	25,95	28,10
I	90.97.8	MICETI ANTICORPI. La prestazione sostituisce cod. 90.98.1	2	12,75	12,75
	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MORFOLOGICA (Osservazione macroscopica e microscopica).	N	2,80	3,00
	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	90.98.4	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI NAS.	N	3,35	3,65
	90.98.5	MICETI [MICETI FILAMENTOSI] RICERCA MICROSCOPICA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI NAS.	N	2,80	3,00
	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici).	N	11,00	11,90
R	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI.	N	11,00	11,90
	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico).	N	15,80	17,10

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
R	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA/COLTURALE.	N	8,30	9,00
I	91.01.6	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA IN TERRENO LIQUIDO - SOSTITUISCE PREST. 91.01.1. (Metodo radiometrico e non radiometrico, almeno 3 antibiotici)	g	57,95	62,65
R	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	N	38,25	41,40
	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE. Metodo radiometrico e non radiometrico	N	16,30	17,65
R	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE IN TERRENO SOLIDO.	N	8,75	9,45
	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA. (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti)	N	3,60	3,90
	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.).	N	11,40	12,30
	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	7,25	7,85
	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	8,30	9,00
	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE.	N	7,90	8,55
	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS.	N	3,20	3,50
I	91.03.6	MICOPLASMI/UREAPLASMA RICERCA E IDENTIFICAZIONE.	2	21,10	21,10
	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI.	N	3,20	3,50
	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	11,60	12,55
	91.04.3	NEISSERIA MENINGITIDIS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa).	N	3,60	3,90
	91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS.	N	3,60	3,90
	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA.	N	2,80	3,00
	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa).	N	4,80	5,20
	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica).	N	7,80	8,40
	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.).	N	4,80	5,20
	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa). Striscio sottile e goccia spessa	N	3,60	3,90
I	91.05.6	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA DIRETTA ANTIGENI (Metodi immunologici).	2	14,50	14,50
	91.06.1	PLASMODI DELLA MALARIA ANTIGENI O ANTICORPI.	N	8,00	8,65
	91.06.2	PNEUMOCYSTIS CARINII IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO. esame microscopico dopo concentrazione o arricchimento	N	4,10	4,40
	91.06.3	PNEUMOCYSTIS CARINII IN SECREZIONI RESPIRATORIE RICERCA DIRETTA. (Metodi immunologici)	N	7,40	8,00
	91.06.4	PROTOZOI, ELMINTI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE NAS.	N	7,80	8,40
	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	5,05	5,45
I	91.06.6	RICKETTSIE ANTICORPI IgG o Ig Totali. Per antigene.La prestazione sotituisce cod.91.06.5.	g	10,50	10,50

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	91.06.7	RICKETTSIE ANTICORPI IgM. Per antigene. La prestazione sostituisce cod.91.06.5.	g	7,10	7,10
	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX].	N	8,35	9,05
	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	N	6,75	7,30
	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL] Antigeni O, Antigeni H.	N	3,35	3,65
	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA DI GRUPPO.	N	7,50	8,10
	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA (Antigeni Somatici e Flagellari).	N	9,30	10,05
I	91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE.	2	4,60	4,60
	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT].	N	6,75	7,30
	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI.	N	6,30	6,80
	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	N	8,30	9,00
	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE E/O RETTALE ESAME COLTURALE.	N	3,75	4,05
	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.].	N	4,95	5,35
I	91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI. (Esame colurale o Baermann)	2	11,00	11,00
I	91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI.	2	11,00	11,00
I	91.08.9	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	2	11,00	11,00
I	91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI.	2	13,15	13,15
I	91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI.	2	13,15	13,15
	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B.	N	6,00	6,50
	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE.	N	5,90	6,40
	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.).	N	16,25	17,60
	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.).	N	11,20	12,10
	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON].	N	3,40	3,70
I	91.09.6	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o Ig Totali.	2	12,10	12,10
I	91.09.7	STRONGYLOIDES ANTICORPI (I.F.).	2	35,10	35,10
	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	12,05	13,05
	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.).	N	6,75	7,30
	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS].	N	8,30	9,00
	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	N	3,50	3,80
	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	N	5,90	6,40
I	91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM - TEST DI NELSON-MEYER.	2	11,70	11,70
	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR].	N	3,40	3,70
	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE.	N	4,25	4,60
	91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE.	N	2,10	2,30
	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	N	8,30	9,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
R	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena).	N	64,75	70,05
I	91.11.7	URINOCOLTURA SU TRE CAMPIONI - TEST DI STAMEY. Comprensiva di: ricerca Trichomonas. Clamidia, Micoplasma	2	61,05	61,05
R	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena).	N	71,30	77,10
R	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	N	34,80	37,65
	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.).	N	12,90	13,95
	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	N	28,55	30,90
	91.13.1	VIRUS ANTICORPI PER ANTIGENI VIRALI E NON VIRALI NAS.	N	5,30	5,80
	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva). Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	N	6,45	6,95
	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.). Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	N	6,45	6,95
	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio	N	10,20	11,00
I	91.13.7	VIRUS O BATTERI ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA) - SOSTITUISCE PREST. 91.13.2.	g	36,90	39,95
	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI. IgG (E.I.A.)	N	11,20	12,10
	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	5,40	5,80
	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.).	N	11,20	12,10
	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	N	36,85	39,85
R	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	N	28,55	30,90
	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	N	51,40	55,60
R	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	N	36,85	39,85
	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	N	51,40	55,60
	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	N	51,40	55,60
R	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	N	36,85	39,85
	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	12,65	13,70
	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio	N	5,25	5,65
R	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.). Virus dell'apparato gastroenterico	N	28,55	30,90
	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione). Virus dell'apparato gastroenterico	N	7,75	8,35
	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI.	N	11,20	12,10
	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM.	N	11,20	12,10
R	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	N	64,65	69,95
R	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	N	36,85	39,85
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg.	N	11,20	12,10

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM.	N	11,20	12,10
	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg.	N	11,20	12,10
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg.	N	11,20	12,10
	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg.	N	11,20	12,10
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg.	N	11,20	12,10
	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma).	N	14,15	15,30
R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI.	N	23,80	25,75
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA.	N	64,25	69,45
R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA.	N	79,00	85,45
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.	N	11,20	12,10
	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	71,15	76,95
R	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA.	N	79,00	85,45
	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI.	N	12,30	13,30
	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM.	N	22,20	24,00
	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	N	18,30	19,80
	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.).	N	13,75	14,85
	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.).	N	12,70	13,75
	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido).	N	7,80	8,40
	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN].	N	8,85	9,55
	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI.	N	11,20	12,10
R	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	N	64,25	69,45
R	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	N	79,00	85,45
	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI.	N	11,20	12,10
	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	71,15	76,95
	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	87,35	94,50
	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.).	N	22,20	24,00
	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.).	N	26,20	28,35
	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.).	N	71,40	77,20
	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	64,65	69,95
	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo rapido).	N	28,55	30,90
	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo tradizionale). Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio	N	51,40	55,60
	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.).	N	7,90	8,55
	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori			
I	91.24.9	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) Analisi qualitativa DNA. (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)	2	90,25	90,25
I	91.24.A	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	2	49,10	49,10
IR	91.24.B	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) tipizzazione genomica. (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione previa digestione con enzimi di restrizione o mediante ibridazione inversa o altro metodo)	2	110,85	110,85
IR	91.24.C	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) TIPIZZAZIONE GENOMICA. Inclusa estrazione, amplificazione, sequenziamento: per segmento di acido nucleico)	2	110,85	110,85
	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.).	N	9,35	10,10
	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.).	N	6,00	6,50
	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	7,65	8,25
	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.).	N	9,35	10,10
	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.).	N	7,40	8,00
	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	4,85	5,25
R	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2.	N	64,25	69,45
	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI. IgG	N	11,20	12,10
	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	N	4,10	4,40
I	91.26.6	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM (E.I.A.).	2	12,10	12,10
	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.).	N	7,40	8,00
	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	7,40	8,00
	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	6,65	7,20
	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE.	N	2,10	2,30
R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA. Con agente clastogenico "in vitro"	N	132,70	143,50
R	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI.	N	126,45	136,75
R	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI.	N	122,75	132,75
R	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO.	N	114,85	124,25
R	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI.	N	126,45	136,75
R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot).	N	129,10	139,60
R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO. Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	N	65,85	71,25
R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	N	57,95	62,65
R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	N	122,50	132,50
R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	N	122,50	132,50
R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA. Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	N	161,70	174,90
R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR). Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	N	130,10	140,70
R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO. (Blocchi di circa 400 bp)	N	159,05	172,00

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	N	117,45	127,05
R	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.). 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	94,80	102,55
R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	114,30	123,60
R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	94,80	102,55
R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	112,70	121,90
R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	N	114,30	123,60
R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D.	N	28,95	31,30
R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C.	N	28,95	31,30
R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G.	N	25,30	27,35
R	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione.	N	28,45	30,80
R	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR.	N	28,95	31,30
R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q.	N	26,60	28,75
R	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R.	N	25,30	27,35
R	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T.	N	26,05	28,20
R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A.	N	28,95	31,30
R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI.	N	90,90	98,35
R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI.	N	89,55	96,90
R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI.	N	121,20	131,10
R	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS.	N	146,45	158,40
R	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA.	N	125,35	135,55
R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA.	N	97,45	105,40
R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI.	N	81,65	88,30
R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO.	N	121,20	131,10
R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE. BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	N	94,80	102,55
R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine).	N	84,30	91,15
R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI.	N	122,20	132,20
R	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA. Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	N	59,75	64,65
IR	91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO.	g	17,90	17,90
R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA.	N	41,35	44,70
R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI.	N	33,55	36,30
R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI.	N	33,55	36,30
R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE.	N	43,20	46,75
R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale). Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	N	46,35	50,15
R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE.	N	83,25	90,05
R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sequenze genomiche in YAC	N	288,15	311,70

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	N	190,20	205,70
R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	N	153,30	165,85
R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari painting	N	190,20	205,70
R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE). Ricerca heteroduplex (HA)	N	123,00	133,00
R	91.38.2	RICERCA DI MUTAZIONE DEL DNA mediante SSCP. P. Per segmento di DNA	N	123,00	133,00
R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno).	N	123,00	133,00
R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA.	N	47,95	51,85
	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test].	N	11,35	12,25
	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS. Per ciascun campione	N	34,50	37,35
	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	N	27,70	29,95
	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTO o DI LAVAGGIO.(Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	N	27,70	29,95
	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	N	14,40	15,60
	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo. In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	N	27,70	29,95
I	91.39.7	ESAME CITOLOGICO DI SEDE NAS (Fino a 5 vetrini e/colorazioni).	g	14,40	15,60
	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea.	N	27,70	29,95
	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.40.4	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE. Shave o Punch. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.40.5	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: da Biopsia escissionale. Per ciascun campione	N	27,70	29,95
I	91.40.7	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: da Escissione di neoformazione. Per ciascuna neoformazione escissa	g	29,95	29,95
	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica -. Per ciascun campione	N	40,20	43,45
	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare.	N	14,40	15,60
I	91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: da Biopsia endoscopica. La prestazione sostituisce cod.91.41.3 e cod. 91.41.4. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
I	91.41.9	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: da Polipectomia endoscopica. La prestazione sostituisce cod.91.42.1 e cod. 91.42.2. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch.	N	44,50	48,15
	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica.	N	44,50	48,15
I	91.42.6	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Polipectomia endoscopica. La prestazione sostituisce cod. 91.42.5. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
I	91.42.7	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Biopsia bronchiale o transbronchiale o polmonare. La prestazione sostituisce cod. 91.43.1 e cod. 91.43.2. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
	91.43.3	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Biopsia laringea. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple).	N	47,45	51,30

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE MASCHILE: da Agobiopsia prostatica. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale. (Con raschiamento del canale)	N	47,45	51,30
	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA).	N	14,40	15,60
	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.45.4	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE MASCHILE: da Biopsia testicolare. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.45.5	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Biopsia vaginale. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
I	91.45.6	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Biopsia vulvare. La prestazione sostituisce cod.91.46.1 e 91.46.2. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
I	91.45.7	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Agobiopsia renale. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
I	91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Biopsia endoscopica vescicale o uretrale. La prestazione sostituisce cod.91.45.1 e 91.45.2. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
I	91.45.9	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Resezione endoscopica di neof ormazione vescicale. La prestazione sostituisce cod.91.45.1 e 91.45.2. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple). Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.46.4	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Polipectomia endocervicale o endometriale. Per ciascun campione.	N	14,40	15,60
	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.47.1	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA: da Nodulesctomia. Per ciascun campione	N	27,70	29,95
	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple). Per ciascun campione	N	81,25	87,90
	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale.	N	81,25	87,90
	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare. Per ciascun campione	N	81,25	87,90
IR*	91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE per diagnosi differenziale di patologia tumorale nei casi indicati nella nota - Sostituisce 90.81.5. Incluso esame istopatologico. Erogabile unicamente per diagnosi differenziale di sospetta neoplasia melanocitaria, neoplasia metastatica ad origine ignota e di neoplasie indifferenziate ad incerta istogenesi, evidenziate con esame istopatologico. Per ciascuna determinazione.	g	17,10	17,10
IR*	91.47.A	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE per diagnosi differenziale e tipizzazione nei casi indicati nella nota - Sostituisce 90.81.5. Incluso esame istopatologico Erogabile unicamente in caso di sospetto tumore primitivo emolinfoproliferativo evidenziato con esame istopatologico. Per ciascuna determinazione.	g	18,00	18,00
	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico. Per ciascun campione	N	27,70	29,95
R	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.).	N	86,75	93,80

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
90-91. PRESTAZIONI DI LABORATORIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO.	N	2,65	2,85
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO.	N	5,25	5,65
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE.	N	2,65	2,85
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO.	N	2,65	2,85
	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO.	N	2,65	2,85
I	91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Per ciascun campione.	2	15,60	15,60
I	91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Da biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Per ciascun campione.	2	15,60	15,60
I	91.49.F	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO A DOMICILIO. Include 91.49.2	2	8,85	8,85
IMR*	91.5R.2	DOSAGGIO ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS.	2	175,00	175,00
IMR*	91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI.	2	175,00	175,00
IMR*	91.5R.4	DOSAGGIO ACIDO OROTICO URINARIO.	2	35,00	35,00
IMR*	91.5R.8	CARNITINA LIBERA.	2	25,00	25,00
IMR*	91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA.	2	25,00	25,00
IMR*	91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS.	2	25,00	25,00
IMR*	91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI.	2	79,65	79,65
IMR*	91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA).	2	175,00	175,00
IMR*	91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA.	2	125,00	125,00
IMR*	91.5R.K	DOSAGGIO ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. (dosaggio singolo)	2	90,55	90,55
IMR*	91.5R.Q	DOSAGGIO ENZIMI LISOSOMIALI. (dosaggio singolo)	2	161,10	161,10
IMR*	91.5R.S	DOSAGGIO ENZIMI MITOCONDRIALI. (dosaggio singolo)	2	161,10	161,10
IMR*	91.5R.T	DOSAGGIO ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO (dosaggio singolo).	2	79,65	79,65
IMR*	91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI DOSAGGIO.	2	147,50	147,50
IMR*	91.6R.F	PROTEINA SIERO AMILOIDEA (SAA).	2	12,50	12,50
	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE.	N	6,15	6,65
	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] (fino a 25 allergeni). (per singolo allergene)	N	5,70	6,20
	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST].	N	4,75	5,15
E	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test). Fino a 7 allergeni.	N	11,85	12,80
E	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. (Fino a 20 allergeni). (per singolo allergene).	N	2,10	2,10
HE	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA. (Fino a 12 allergeni).	N	23,70	25,65
HIR	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI. Per singola dose	2	98,70	98,70
92. MEDICINA NUCLEARE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	92.29.H	GATING RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	g	81,76	81,76
92.01. SCINTIGRAFIA TIROIDEA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA.	N	45,90	49,65
	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE.	N	47,00	50,85

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)				
92.01. SCINTIGRAFIA TIROIDEA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA.	N	42,15	45,60
92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI.	N	183,35	198,35
92.02. SCINTIGRAFIA EPATICA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA. (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	65,85	71,25
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	131,70	142,45
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI.	N	126,45	136,75
92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	158,05	170,90
I 92.02.6	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) - SOSTITUISCE PREST. 92.02.5, 92.03.5 E 92.15.5. In corso di esame planare, incluso, con unica somministrazione di radiofarmaco	g	70,25	75,95
92.03. SCINTIGRAFIA RENALE E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	57,95	62,65
92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA (OSBOLETA REGIONALE). In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	N	23,45	25,40
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	N	130,65	141,35
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	N	92,20	99,75
92.04. SCINTIGRAFIA GASTROINTESTINALE E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE.	N	65,20	70,50
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE.	N	147,50	159,55
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO.	N	94,80	102,55
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE.	N	105,35	113,95
I 92.04.6	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO.	2	57,00	57,00
92.05. SCINTIGRAFIA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO EMPOIETICO E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.05.1	SCINTIGRAFIA MIocardica DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO.	N	190,75	206,35
92.05.2	SCINTIGRAFIA MIocardica CON INDICATORI DI LESIONE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	N	68,50	74,10
92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS). Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	N	100,10	108,25
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	N	131,70	142,45
92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA.	N	91,90	99,40
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY.	N	110,60	119,60

Allegato 1 -	Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa	Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
--------------	--	----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)

92.05. SCINTIGRAFIA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO EMOPOIETICO E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTO

Nota: Codice: Descrizione:

I	92.05.7	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) DURANTE STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	g	115,85	125,30
I	92.05.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO DOPO STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all'equilibrio, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	g	131,70	142,45

92.09. ALTRI STUDI DI FUNZIONE CON RADIOISOTOPI

Nota: Codice: Descrizione:

*	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO.	N	1.264,30	1.367,45
	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO.	N	158,05	170,90
	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	N	42,10	45,55
	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO.	N	47,10	50,95
	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA).	N	182,90	197,80
	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA.	N	194,90	210,80
	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO.	N	225,70	244,15
I	92.09.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA GSPET. A completamento di 92.09.2	g	47,20	51,05

92.1. ALTRE SCINTIGRAFIE

Nota: Codice: Descrizione:

	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO.	N	100,10	108,25
	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO.	N	128,80	139,30
	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI.	N	131,70	142,45
	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR.	N	210,75	227,95
	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET).	N	243,60	263,50
*	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio qualitativo	N	958,75	1.037,00
*	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio quantitativo	N	1.422,35	1.538,40
I*	92.11.8	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) QUANTITATIVA. Perfusoria e metabolica, a riposo o a riposo e dopo test da sforzo o farmacologico	g	2.107,15	2.279,10
I*	92.12.9	TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET). PET totale corporea, qualitativa o quantitativa, PET segmentaria, quantitativa	g	1.053,55	1.139,55
	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	N	194,90	210,80

92.14. SCINTIGRAFIA DELLE OSSA

Nota: Codice: Descrizione:

	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA.	N	59,00	63,80
	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA.	N	105,35	113,95

92.15. SCINTIGRAFIA POLMONARE

Nota: Codice: Descrizione:

	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE. (6 proiezioni)	N	79,00	85,45
	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA.	N	231,80	250,70
	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	N	23,45	25,40

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)				
92.15. SCINTIGRAFIA POLMONARE				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO.	N	172,85	186,95
92.16. SCINTIGRAFIA DEL SISTEMA LINFATICO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANOLARE SEGMENTARIA.	N	112,70	121,90
92.18. SCINTIGRAFIA TOTAL BODY				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI.	N	255,50	276,35
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE.	N	142,25	153,85
92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI.	N	139,35	150,70
92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	N	310,80	336,20
92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI.	N	948,20	1.025,60
* 92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET).	N	1.093,10	1.182,25
I 92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA POLIFASICA CON SCANSIONE TOTALE CORPOREA. Codificare in corso di esecuzione di 92.18.2 SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	g	31,05	33,60
I 92.18.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI.	g	245,95	266,05
I 92.18.9	PET-CT. da codificare in aggiunta alle prestazioni 92.12.9 TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET) 92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) se le indagini sono eseguite con apparecchiatura PET-CT.	g	156,00	156,00
92.19. SCINTIGRAFIA DI ALTRE SEDI				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE.	N	474,10	512,75
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE.	N	447,80	484,35
92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI.	N	52,70	57,00
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA).	N	88,00	95,15
92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY. Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	N	25,30	27,35
I 92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	g	263,40	284,90
I 92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON TRACCIANTE IMMUNOLOGICO O RECETTORIALE.	g	895,55	968,60
92.2. RADIOLOGIA TERAPEUTICA E MEDICINA NUCLEARE				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.21.1	PLESIO-ROENTGENTERAPIA. Per seduta (ciclo di sei sedute).	N	7,35	7,95
92.23. TELECOBALTOTERAPIA				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	22,15	23,95
92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	26,60	28,75
92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	52,70	57,00
92.24. TELERADIOTERAPIA MEDIANTE FOTONI X DI MEGAVOLTAGGIO				
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>				
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	36,55	39,50

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
92.24. TELERADIOTERAPIA MEDIANTE FOTONI X DI MEGAVOLTAGGIO					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	52,70	57,00
I	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (fino ad un massimo di 5 sedute)	g	79,00	85,45
I	92.24.5	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	g	73,95	80,00
I	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	g	139,60	151,00
I*	92.24.7	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PRIMA SEDUTA O RADIOCHIRURGIA PER SEDUTA. Sostituisce la 92.24.4	g	806,00	871,80
I*	92.24.8	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE ALLA PRIMA SOSTITUISCE LA 92.24.4. (per seduta)	g	138,70	150,00
92.25. TELERADIOTERAPIA CON ELETTRONI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	39,15	42,35
*	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Per Linfoma cutaneo a cellule T	N	1.074,60	1.162,30
92.27. IMPIANTO O INSERZIONE DI ELEMENTI RADIOATTIVI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORI MULTIPLI, BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE E BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI -. Per seduta e per focolaio trattato	g	284,50	307,75
I	92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	g	146,45	158,40
	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR). Per seduta e per focolaio trattato	N	376,15	406,85
I	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Intero trattamento	g	52,70	57,00
92.28. INIEZIONE O INSTILLAZIONE DI RADIOISOTOPI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Fino a 370 MBq	N	68,95	74,55
	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Per ogni 370 MBq successivi	N	14,50	15,70
	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA.	N	183,60	198,60
	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Fino a 185 MBq	N	537,35	581,20
	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Per ogni 185 MBq successivi	N	223,90	242,15
*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE.	N	842,90	911,65
92.29. ALTRE PROCEDURE RADIOTERAPEUTICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
I	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia (intero trattamento)	g	55,35	59,85
	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 trattamento)	N	100,10	108,25
	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	N	131,70	142,45
	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	N	24,35	26,30
	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.4)	N	92,20	99,75
I	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO.	g	11,35	12,25

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
92.29. ALTRE PROCEDURE RADIOTERAPEUTICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA. (intero trattamento)	N	48,45	52,40
	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. (intero trattamento)	N	103,50	111,95
I	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTENSITA' PER FASCIO. (intero trattamento). Escluso: Schermatura personalizzata (92.29.7)	g	88,65	95,90
I	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con PET-TC (intero trattamento) individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET accoppiata o non con TC	g	399,40	432,00
I	92.29.B	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. di " elevata complessità" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	g	323,60	350,00
I	92.29.C	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. in modalità "inverse planning" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	g	531,60	575,00
I	92.29.E	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 2D.	g	46,25	50,00
I	92.29.F	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 3D.	g	184,90	200,00
I	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER LA 1ª SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET-UP DEL PAZIENTE. (per ogni singola immagine)	g	46,25	50,00
93. TERAPIA FISICA, TERAPIA RESPIRATORIA, RIABILITAZIONE E PROCEDURE CORRELATE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE. Con scala psico-comportamentale	N	13,15	14,25
	93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA. Con scala psico-comportamentale	N	7,90	8,55
E	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE. Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)	N	7,90	8,55
E	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI. Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	N	7,90	8,55
E	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE.	N	7,90	8,55
E	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA.	N	7,90	8,55
	93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare generale	N	11,85	12,80
	93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare segmentario	N	7,90	8,55
	93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	N	19,75	21,35
	93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	N	11,05	11,95
	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE.	N	13,70	14,80
	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO. Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile al 93.05.5.	N	8,15	8,85
	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA. Eseguito con apposito strumentario.	N	9,90	10,70
IE	93.07.1	BIOIMPEDENZIOLOGIA, PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PROGRAMMA DIETETICO.	2	15,70	15,70
E*	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9	N	10,55	11,40
E	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA.	N	10,55	11,40

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**93. TERAPIA FISICA, TERAPIA RESPIRATORIA, RIABILITAZIONE E PROCEDURE CORRELATE**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
E	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA. Analisi quantitativa. Con esame ad ago	N	10,55	11,40
E	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25).	N	13,70	14,80
E	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	N	10,55	11,40
	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	N	10,55	11,40
	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE. Incluso: EMG	N	10,55	11,40
	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA. Incluso: EMG	N	10,55	11,40
IEA	93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	125,40	125,40
IEA	93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	114,00	114,00
IEA	93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2, 95.25, POLISONNOGRAFIA (89.17) e 99.29.9.	g	79,80	79,80
IEA	93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	79,80	79,80
E	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	N	10,55	11,40
E	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	N	10,55	11,40
	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO. Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	N	5,50	5,95
I	93.12.1	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA SEMPLICE - SOSTITUISCE PREST. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3, 93.11.4. Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	g	10,55	11,40
I	93.12.2	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA COMPLESSA - SOSTITUISCE PREST. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3 E 93.11.4. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	g	21,05	22,80
IE	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Manipolazione della colonna vertebrale (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	g	14,50	15,70
IE	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI. Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	g	9,05	9,80
	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	11,60	12,55
	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	3,45	3,75
I	93.19.3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - SOSTITUISCE PREST. 93.19.1. Per seduta individuale di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	g	10,55	11,40
I	93.19.4	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - SOSTITUISCE PREST. 93.19.2. Per seduta collettiva di 20 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	g	3,00	3,20
	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO. Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	N	13,15	14,25
I	93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione.	g	49,40	53,45
I	93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA.	g	117,30	117,30
	93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI.	N	8,10	8,75
	93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	N	7,40	8,00
I	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA. Radiazione infrarossa, radiazione ultravioletta. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	g	2,30	2,30

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
93. TERAPIA FISICA, TERAPIA RESPIRATORIA, RIABILITAZIONE E PROCEDURE CORRELATE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	93.35.3	PARAFFINOTERAPIA. Bagno paraffinico per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	2,35	2,55
I	93.35.5	CRIOTERAPIA STRUMENTALE. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	g	4,25	4,60
E	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.	N	19,50	21,10
E	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	N	125,00	135,20
*	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Diadinamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	4,25	4,25
E*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	6,80	6,80
	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso Viso	N	5,25	5,65
	93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	4,25	4,60
	93.39.8	MAGNETOTERAPIA. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	2,65	2,85
*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA. Con testina fissa e ad immersione Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1	3,45	3,45
I	93.40.1	MASSOTERAPIA CONNETTIVO RIFLESSOGENA - SOSTITUISCE prest. 93.39.1. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	19,35	19,35
I	93.40.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO - SOSTITUISCE PREST. 93.39.2. (Ciclo di 10 sedute di 45 minuti ciascuna)	1	22,80	22,80
I*	93.40.3	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Interferenziale, galvanica Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	5,15	5,15
I*	93.40.4	ULTRASONOTERAPIA. Con testina mobile Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1	5,65	5,65
	93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. - Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	N	11,60	12,55
	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO. Escluso: Minerva gessata (93.52)	N	31,60	34,15
	93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA.	N	31,60	34,15
	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	N	31,60	34,15
	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE. antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	N	7,90	8,55
	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO.	N	13,85	15,00
	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO. toraco brachiale, femoro-podalico	N	25,70	27,80
	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO. brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	N	19,30	20,85
	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO. antibrachio-metacarpale	N	12,85	13,90
	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO. femoro-tibiale	N	23,15	25,05
	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO POLSO, MANO, PIEDE.	N	11,85	12,80
	93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER. per dito della mano o del piede	N	5,95	6,45
E	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE.	N	3,95	4,25
	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO FEMORO-PODALICO.	N	25,70	27,80
	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO.	N	21,80	23,55
E	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO.	N	7,90	8,55
	93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA.	N	13,85	15,00
	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ.	N	21,80	23,55
	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO. Desault, So-Bar	N	17,80	19,25

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**93. TERAPIA FISICA, TERAPIA RESPIRATORIA, RIABILITAZIONE E PROCEDURE CORRELATE**

Nota: Codice: Descrizione:

IE	93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - SOSTITUISCE PREST. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fono-articolari funzionali e organici periferici (con test somministrati) Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dislessia, dislalia, balbuzie, disartria e funz. corticali sup.	g	38,20	41,35
I	93.71.8	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA INDIVIDUALE - SOSTITUISCE PREST. 93.71.1, 93.71.3 E 93.72.1 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fono-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria, dist. cort. sup paz. grav. dis. Seduta 60' (ciclo 10 sedute)	g	26,30	28,45
I	93.71.9	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA COLLETTIVA - SOSTITUISCE PREST. 93.71.2, 93.71.4 E 93.72.2 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fono-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria con/sen aus, dist. cort. sup. sed 60' x 5 pazienti. Per paziente (Ciclo 10 sedute)	g	8,40	9,10
	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute.	N	8,55	9,25
	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO/NEFROPATICO. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	4,50	4,90
	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO/NEFROPATICO. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	1,10	1,20
	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)	N	8,55	9,25
	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
E	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	N	8,95	9,65
E	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	8,55	9,25
E	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE. Per seduta	N	5,95	6,45
	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. (Ciclo di dieci sedute)	N	1,60	1,70
IR*	93.95.1	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta (durata trattamento ossigeno di 90 minuti). Ciclo di dieci sedute	g	92,20	99,75
IR*	93.95.2	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN EMERGENZA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta	g	368,75	398,85
	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE. Drenaggio posturale Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	8,35	9,05
	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	N	7,90	8,55

94. PROCEDURE RELATIVE ALLA PSICHE

Nota: Codice: Descrizione:

	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA.	N	9,90	10,70
E	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio..	N	15,80	17,10
E	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	N	5,95	6,45
E	94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].	N	5,95	6,45
E	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.	N	5,95	6,45

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)					
94. PROCEDURE RELATIVE ALLA PSICHE					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
E	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI.	N	5,95	6,45
	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'.	N	7,90	8,55
	94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE.	N	5,95	6,45
	94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING.	N	5,95	6,45
	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO.	N	19,75	21,35
	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA.	N	20,50	20,50
	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE.	N	19,75	21,35
	94.32	IPNOTERAPIA. Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	N	15,80	17,10
	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE. Per seduta	N	23,70	25,65
	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	N	9,90	10,70
95. DIAGNOSI E TRATTAMENTI OFTALMOLOGICI O OTOLOGICI					
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>					
	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO. Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali	N	13,50	14,60
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA.	N	20,50	20,50
	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE.	N	59,25	64,05
I	95.03.3	TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA (OCT).	2	36,00	36,00
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	N	17,15	18,55
	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	N	7,90	8,55
	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO.	N	7,90	8,55
	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO.	N	7,90	8,55
	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI. Non associabile a cod. 95.02	N	7,90	8,55
	95.09.2	ESOFALMOMETRIA.	N	7,90	8,55
	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA.	N	7,90	8,55
	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio	N	3,95	4,25
	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE.	N	3,95	4,25
I	95.12.1	ANGIOGRAFIA CON FLUOROSCEINA O INDOCIANINA O FLUOROSCOPIA OCULARE - SOSTITUISCE PREST. 95.12.	g	47,45	51,30
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE.	N	19,75	21,35
	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE.	N	39,55	42,80
	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE. Con conta cellule endoteliali	N	31,60	34,15
	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO.	N	15,80	17,10
	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE. Non associabile a cod. 95.02	N	15,80	17,10
	95.2	TEST DI HESS - LANCASTER.	N	7,90	8,55
I	95.21.1	ELETTRORETINOGRAMMA - SOSTITUISCE PREST. 95.21.	g	34,20	36,95
	95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG).	N	34,20	36,95
	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	N	23,70	25,65

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**95. DIAGNOSI E TRATTAMENTI OFTALMOLOGICI O OTOLOGICI**

Nota: Codice: Descrizione:

	95.23.1	INTERFEROMETRIA.	N	7,90	8,55
E	95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO. [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	N	18,60	20,10
	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO.	N	26,50	28,65
	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG).	N	31,60	34,15
	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA.	N	7,90	8,55
	95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	N	5,50	5,95
	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	N	9,95	10,75
	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE.	N	9,95	10,75
	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA.	N	21,05	22,80
	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE.	N	12,20	13,20
	95.42	IMPEDENZOMETRIA.	N	8,85	9,55
	95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA.	N	20,50	20,50
	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	N	16,60	17,95
	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Test posizionali o rilievo segni spontanei	N	16,60	17,95
	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	N	33,20	35,95
	95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI.	N	16,60	17,95
	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS.	N	13,15	14,25
	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO. Audiometria tonale protesica Audiometria vocale protesica Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	N	12,20	13,20
	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO.	N	9,95	10,75
	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU.	N	12,55	13,55
	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO.	N	24,15	26,10
	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI.	N	19,90	21,55

96. INTUBAZIONI E IRRIGAZIONI NON OPERATORIE

Nota: Codice: Descrizione:

	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE.	N	9,90	10,70
	96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE.	N	9,90	10,70
	96.22	DILATAZIONE DELL'ANO-RETTO. (senza endoscopia)	N	9,90	10,70
	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE.	N	9,90	10,70
	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE.	N	11,85	12,80
	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA.	N	11,85	12,80
HI	96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA.	2	13,15	13,15
E	96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI. Escluso farmaco	N	9,90	10,70
	96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO.	N	3,95	4,25
	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO. Irrigazione con rimozione di cerume	N	7,90	8,55
*	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO. Condizioni di vulnerabilità sanitaria; e da 0-14 anni	1	10,70	10,70
*	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	1	4,25	4,25

Allegato 1 -		Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)						
96. INTUBAZIONI E IRRIGAZIONI NON OPERATORIE						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE. Per seduta	1	6,45	6,45	
IH	96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA.	2	38,25	38,25	
	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	N	15,80	17,10	
	96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura.	N	3,95	4,25	
I*	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di otto sedute)	2	10,55	10,55	
97. SOSTITUZIONE E RIMOZIONE DI SUSSIDIO TERAPEUTICO						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
I	97.01	SOSTITUZIONE DI TUBO NASOGASTRICO O PER ESOFAGOSTOMIA.	2	28,70	28,70	
IH	97.02.1	POSIZIONAMENTO PEG ENDOSCOPICO (BOTTONE).	2	287,15	287,15	
	97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI.	N	9,90	10,70	
I	97.23	SOSTITUZIONE DI CANULA PER TRACHEOSTOMIA.	2	63,80	63,80	
	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	N	15,80	17,10	
	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	7,10	7,10	
I	97.51.1	RIMOZIONE GASTROSTOMIA (PEG O BOTTONE).	2	22,35	22,35	
	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO.	N	9,90	10,70	
	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE.	N	9,90	10,70	
	97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA.	N	9,90	10,70	
I	97.89.1	RIMOZIONE DI TRAZIONE.	2	31,05	31,05	
I	97.89.2	RIMOZIONE DI MEZZI DI SINTESI.	2	73,85	73,85	
98. RIMOZIONE NON OPERATORIA DI CORPO ESTRANEO O CALCOLO						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE.	N	8,55	9,25	
	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	N	31,90	34,55	
	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	N	63,20	68,40	
	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	N	30,05	32,50	
	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE.	N	8,55	9,25	
	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE.	N	8,55	9,25	
	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	N	15,45	16,70	
	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	N	15,45	16,70	
	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE.	N	18,85	20,40	
	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE. Incluso: Isteroscopia Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	N	23,95	25,90	
	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE.	N	10,25	11,10	
	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE.	N	10,25	11,10	

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale Tariffa vigente ai fini del ticket : Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**98. RIMOZIONE NON OPERATORIA DI CORPO ESTRANEO O CALCOLO**

Nota: Codice: Descrizione:

			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE. Incluso: Uretroscopia	N		36,50	39,45
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS.	N		7,90	8,55
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE. Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione	N		7,90	8,55
98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE.	N		7,90	8,55
HI	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.	g		774,70	774,70
HI	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.	g		560,75	560,75
HI	98.51.3 LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	g		560,75	560,75
I*	98.59.4 TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica. Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	2		33,70	33,70
IR*	98.59.5 TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, tendiniti degenerative della spalla con o senza calcificazioni. Per seduta. Fino ad un massimo di 4 sedute, non ripetibili entro un anno.	2		60,00	60,00

99. ALTRE PROCEDURE NON OPERATORIE

Nota: Codice: Descrizione:

H	99.06.1 INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE.	N		11,85	12,80
H	99.07.1 TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI.	N		26,30	28,45
IE	99.29.A SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle endoscopie e biopsie in corso di endoscopie, TAC e RM	2		20,00	20,00

99.1. INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE

Nota: Codice: Descrizione:

	99.12 IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA. Desensibilizzazione	N		11,85	12,80
	99.13 IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE.	N		11,85	12,80
	99.14.1 INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA.	N		11,85	12,80

99.2. INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE

Nota: Codice: Descrizione:

	99.23 INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	N		9,90	10,70
	99.24.1 INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI.	N		11,85	12,80

Allegato 1 -		Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa		Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)						
99.2. INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
IA	99.25.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. INCLUDE VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO, ESAMI EMATOCHIMICI, FARMACO. SOSTITUISCE PREST. 99.25.	g		350,00	350,00
I	99.29	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE. Escluso codici: 99.31, 99.59, 42.33, 49.42 e 39.92	2		3,15	3,15
E	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	N		10,25	11,10
E	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA.	N		10,25	11,10
	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE.	N		6,60	7,10
	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE.	N		6,60	7,10
	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso:eventuale training per la somministrazione. Escluso il farmaco	N		7,90	8,55
	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO.	N		7,90	8,55
E*	99.29.7	MESOTERAPIA.	1		7,40	7,40
	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE.	N		7,90	8,55
EA	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA. Intero trattamento. Incluso Visita di Controllo, iniezioni, eventuale EMG. Per seduta terapeutica. Escluso il farmaco	N		96,00	96,00
99.7. AFERESI TERAPEUTICHE						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE].	N		447,80	484,35
HI	99.71.1	PLASMAFERESI SELETTIVA [LDL AFERESI SELETTIVA] TERAPEUTICA.	2		929,00	929,00
HI	99.71.F	FILTRAZIONE A CASCATA TERAPEUTICA [IMMUNOADSORBIMENTO SELETTIVO, GRANULOCITOFERESI, ADSORBIMENTO SELETTIVO].	2		1.796,00	1.796,00
H	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA.	N		410,90	444,45
H	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA.	N		380,85	411,95
H	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE.	N		44,80	48,45
H	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA.	N		416,15	450,10
HI	99.75	AFERESI PER RACCOLTA CELLULE STAMINALI.	2		516,50	516,50
HI	99.76	SALASSO TERAPEUTICO.	2		26,35	26,35
99.8. MISCELLANEA DI PROCEDURE FISICHE						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
*	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per seduta (ciclo di sei sedute). Limitatamente alle seguenti patologie: 1) malattie linfoproliferative della cute; 2) Psoriasi di grado moderato non responsiva a terapia topica; 3) Vitiligine; 4) Eczemi; 5) Prurigo; 6) altre malattie infiammatorie cutanee responsive alla fototerapia; 7)desensibilizzazione di alcune fotodermatosi. Prima dell'inizio della terapia è necessario effettuare il dosaggio degli ANA ed escludere la presenza di eventuali patologie fotomodulate e fotoaggravate	N		9,00	9,70
	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE. Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore	N		67,10	72,60
99.9. ALTRE PROCEDURE VARIE						
<i>Nota: Codice: Descrizione:</i>						
I*	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute)	2		19,50	19,50
I*	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare-. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	2		32,05	32,05

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)**99.9. ALTRE PROCEDURE VARIE**

Nota: Codice: Descrizione:

Nota regionale	Codice	Descrizione	Tariffa vigente ai fini del ticket	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori	
I*	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	2	58,65	58,65
I*	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Per seduta (Ciclo di dieci sedute).	2	61,70	61,70
I*	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitare, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita). Per seduta (ciclo di dieci sedute).	2	125,15	125,15
I	96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE O PER ESOFAGOSTOMIA.	2	28,70	28,70
	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA.	N	9,90	10,70
	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO.	N	5,95	6,45
	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI. Condizioni di vulnerabilità sanitaria.	1	14,80	14,80
	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte. Condizioni di vulnerabilità sanitaria.	1	14,80	14,80
I*	99.99.2	LASERTERAPIA ANTALGICA. A scansione più manipolo: (ciclo di dieci sedute di 20 minuti ciascuna)	1	8,55	8,55
I*	99.99.3	LASERTERAPIA ANTALGICA - SOSTITUISCE PREST. 99.99.1. (ciclo di 10 sedute di 10 minuti ciascuna)	1	4,60	4,60

Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
----------------	--------------------------------------	--

Allegato 1 - Elenco Prestazioni Vigenti con tariffa

Totale prest. in elenco:	2141
---------------------------------	-------------

Note erogabilità:

- | | |
|-------------------------|--|
| M | Prest. Erogabili secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare |
| [] | La p. quadra include sinonimi o termini esplicativi da ricondurre al codice della prestazione, che non comportano la fatturazione di più tariffe; per le prestazioni di laboratorio include la definizione del materiale nel quale si dosa l'analita. |
| () | La parentesi tonda include termini descrittivi della prestazione da ricondurre al codice della prestazione corrispondente, che non possono comportare la fatturazione di più tariffe. |
| Escluso | Le procedure o le prestazioni elencate di seguito a tale dicitura non rientrano nel codice identificativo della prestazione |
| Incluso | Le procedure o le prestazioni elencate di seguito a tale dicitura rientrano nel codice identificativo della prestazione e sono ricomprese nella medesima tariffa. |
| Codificare anche | Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificata in aggiunta |
| NAS | Non altrimenti specificato |
| H | Prest. erogabili solo presso ambulatori protetti, ovvero presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero (pubblici o privati accreditati) |
| R | Prestazioni erogabili solo presso ambulatori specialistici specificatamente riconosciuti e abilitati dalla Regione. Tali prestazioni sono erogabili direttamente all'utente presso strutture pubbliche e private accreditate specificatamente autorizzate. |
| * | Prest. erogabili a carico del SSR solo secondo specifiche linee guida clinico-diagnostiche |
| A | Accorpamenti di prestazioni, in relazione a profili di trattamento predefiniti, in risposta ad esigenze e scelte regionali |
| I | Prest. erogabili nell'ambito del SSR, non presenti nel Nomenclatore Nazionale, ma effettuate nelle strutture sanitarie regionali, con effettiva diversità di contenuto e riconosciuta validità clinica |
| E | Prest. riconducibili, sotto l'aspetto erogativo, a più branche specialistiche |

Legenda Nota regionale:**N = Nomenclatore Nazionale DM 22 luglio 1996****g = Subcodifiche regionali NT nazionale e Nuovi LEA nazionali****1 = LEA DPCM 29 novembre 2001, da erogarsi ai residenti veneti secondo condizioni di erogabilità****2 = LEA aggiuntivi Veneto, da erogarsi solo ai residenti veneti**

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 0 ALTRE PRESTAZIONI			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	38.94.F	RIMOZIONE DI CVC.	2	17,10	17,10
	89.01	VISITA DI CONTROLLO o di follow up. Escluso: le visite di controllo specificamente codificate; Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico viene rivalutato clinicamente e la documentazione scritta esistente è aggiornata, indipendentemente dal tempo trascorso rispetto alla prima visita.	N	14,25	14,25
I	89.01.Z	VISITA REUMATOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA.	g	3,00	3,00
IA	89.02.V	CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO) Incluso: Cod 89.02 VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA, Cod. 91.49.2 PRELIEVO DI SANGUE VENOSO, Cod. 90.75.4 TEMPO DI PROTROMBINA (PT). Per singola seduta (Ciclo di 10 sedute)	g	8,90	8,90
	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE -. Nella visita multidisciplinare il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	N	47,45	47,45
	89.7	PRIMA VISITA. ESCLUSO: LE PRIME VISITE SPECIFICAMENTE CODIFICATE. Il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, è predisposta appropriata documentazione e impostato un eventuale piano diagnostico-terapeutico. Include la visita di un paziente, noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico.	N	20,50	20,50
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	g	20,50	20,50
I	89.7R.1	PRIMA VISITA REUMATOLOGICA.	g	20,50	20,50
E	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE.	N	3,95	4,25
	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO/NEFROPATICO. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	4,50	4,90
	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO/OBESO/NEFROPATICO. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	1,10	1,20
	96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura.	N	3,95	4,25
I*	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di otto sedute)	2	10,55	10,55
I*	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute)	2	19,50	19,50
I*	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare-. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	2	32,05	32,05
I*	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita. Per seduta (ciclo di dieci sedute).	2	58,65	58,65
I*	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Per seduta (Ciclo di dieci sedute).	2	61,70	61,70

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 0 ALTRE PRESTAZIONI			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I*	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitare, vacuum-terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (es. prostanoidi, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita). Per seduta (ciclo di dieci sedute).	2	125,15	125,15
I	96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE O PER ESOFAGOSTOMIA.	2	28,70	28,70
	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA. Desensibilizzazione	N	11,85	12,80
	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE.	N	11,85	12,80
	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA.	N	11,85	12,80
I	99.29	INEIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE. Escluso codici: 99.31, 99.59, 42.33, 49.42 e 39.92	2	3,15	3,15

Conteggio prest.: 24

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	N	44,25	47,85
E	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	N	42,70	46,20
E	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	N	14,25	15,40
E	85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	25,30	27,35
E	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA. Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico.	N	13,95	15,10
E	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO.	N	18,95	20,50
*	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO. Diagnosi differenziale di sindrome di Cushing e nella valutazione di pazienti con insufficienza adrenocorticale del surrene	N	16,70	18,05
	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P).	N	10,85	11,75
*	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]. Diagnosi di irsutismo ed ipopituitarismo.	N	10,90	11,80
	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU].	N	11,60	12,55
	90.01.5	ACIDI BILIARI.	N	9,35	10,10
*	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]. Diagnosi di carcinoidi intestinali	N	16,25	17,60
R	90.02.2	ACIDO CITRICO.	N	4,25	4,60
	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA). Diagnosi delle porfirie o di intossicazioni da piombo	N	9,80	10,60
	90.02.4	ACIDO IPPURICO.	N	5,95	6,45
	90.02.5	ACIDO LATTICO.	N	5,40	5,80
	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI).	N	7,95	8,60
IMR*	90.03.2	ACIDO PIRUVICO. Secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare	g	4,10	4,40
R	90.03.3	ACIDO SIALICO.	N	14,25	15,40
	90.03.4	ACIDO VALPROICO.	N	9,50	10,30
*	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]. Diagnosi del feocromocitoma e delle neoplasie del surrene	N	21,00	22,70
R	90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH).	N	9,35	10,10
R	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P].	N	23,35	25,25
R	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U].	N	23,35	25,25
	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA.	N	5,30	5,70
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U].	N	2,65	2,85
	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU].	N	2,65	2,85
	90.05.2	ALDOLASI [S].	N	2,85	3,05
	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U].	N	14,90	16,10
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S].	N	6,45	6,95
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb].	N	12,65	13,70
	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S].	N	7,75	8,35
	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U].	N	11,05	11,95
	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA.	N	4,30	4,65

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U].	N	2,65	2,85
	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica).	N	5,30	5,70
R	90.07.1	ALLUMINIO [S/U].	N	9,30	10,05
R	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P].	N	3,50	3,80
R	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO.	N	13,10	14,15
	90.07.4	AMITRIPTILINA.	N	7,50	8,10
	90.07.5	AMMONIO [P].	N	9,30	10,05
	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE.	N	12,75	13,80
	90.08.2	ANGIOTENSINA II.	N	14,25	15,40
	90.08.3	ANTIBIOTICI. Aminoglicosidi, Vancomicina. Per ciascuna determinazione	N	7,50	8,10
	90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1.	N	6,20	6,70
	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B.	N	6,05	6,55
	90.09.1	APTOGLOBINA.	N	4,75	5,15
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S].	N	2,65	2,85
	90.09.3	BARBITURICI.	N	8,15	8,85
	90.09.4	BENZODIAZEPINE.	N	9,05	9,80
	90.09.5	BENZOLO.	N	9,40	10,20
	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U].	N	11,00	11,90
	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato).	N	0,70	0,80
	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico).	N	0,90	1,00
	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE.	N	2,65	2,85
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA (DIRETTA ED INDIRETTA).	N	4,25	4,60
	90.11.1	C PEPTIDE.	N	11,80	12,75
	90.11.2	C PEPTIDE: dosaggio basale e dopo 6' dalla somministrazione e.v. di glucagone.	N	49,20	53,20
R	90.11.3	CADMIO.	N	9,30	10,05
	90.11.4	CALCIO TOTALE.	N	1,30	1,40
	90.11.5	CALCITONINA.	N	14,85	16,05
R	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI.Cristallografia mediante spettrometria a raggi infrarossi.	N	10,25	11,10
	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa).	N	5,40	5,80
	90.12.3	CARBAMAZEPINA.	N	13,65	14,75
*	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE. Diagnosi feocromocitoma	N	12,85	13,90
	90.12.5	CERULOPLASMINA.	N	5,80	6,30
I*	90.12.A	CALPROTECTINA IMMUNOMETRICO nelle feci. Diagnosi precoce di M.Crohn e Colite ulcerosa	2	15,05	15,05
I*	90.12.F	CATENE LEGGERE LIBERE NEL SANGUE KAPPA E LAMBDA [S] dosaggio (per ogni dosaggio). Diagnosi e/o trattamento: Mielomi, Amiloidosi, MGUS	2	20,50	20,50
	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci].	N	5,50	5,95
	90.13.2	CICLOSPORINA.	N	16,60	17,95
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU].	N	1,30	1,40

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.13.4	CLOORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina).	N	8,55	9,25
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S].	N	9,30	10,05
I	90.13.A	CISTATINA C. Dosaggio utile nello studio della funzionalità renale, in particolare nei soggetti pediatrici	2	19,00	19,00
	90.14.1	COLESTEROLO HDL.	N	3,15	3,45
	90.14.2	COLESTEROLO LDL.	N	0,65	0,75
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE.	N	1,40	1,50
	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE).	N	2,65	2,85
	90.14.5	COPROPORFIRINE.	N	6,55	7,05
	90.15.1	CORPI CHETONICI.	N	0,75	0,85
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P].	N	20,95	22,65
	90.15.3	CORTISOLO [S/U].	N	13,25	14,35
	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK).	N	2,65	2,85
	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB).	N	3,75	4,05
I	90.15.7	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB massa).	2	7,90	7,90
	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI.	N	2,85	3,05
	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME.	N	12,80	13,85
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La].	N	1,60	1,70
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Comprende Creatininemia e Creatinuria. Incluso eventuale indice di velocità di filtrazione glomerulare (VGF)	N	2,00	2,00
R	90.16.5	CROMO.	N	9,30	10,05
I*	90.16.6	CROMOGRANINA A. Diagnosi di feocromocitoma e Ca Polmonare a piccole cellule.	2	19,00	19,00
I	90.16.7	CROSS LINK PIRIDINOLINA.	2	14,50	14,50
I	90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA.	2	14,50	14,50
	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA).	N	10,90	11,80
	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S).	N	15,70	17,00
	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE.	N	9,80	10,60
	90.17.4	DESIPRAMINA.	N	7,50	8,10
	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT).	N	23,35	25,25
I	90.17.6	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN (1° trimestre): HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A.	2	26,00	26,00
I*	90.17.9	DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (1°, 2° trimestre): TEST INTEGRATO PER PAPP-A, AFP, HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, E3. Nell'ambito di protocolli diagnostico-preventivi delle malformazioni fetali integrato ad altre indagini strumentali in ginecologia	2	64,70	64,70
I	90.17.A	DESOSIPIRIDINOLINA.	2	18,45	18,45
I	90.17.C	DOSAGGIO ALTRI FARMACI. per ciascun analita (metodo immunometrico)	2	15,05	15,05
I	90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA.	2	9,50	9,50
I	90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE).	2	10,70	10,70
	90.18.1	DOPAMINA [S/U].	N	13,55	14,65
	90.18.2	DOXEPINA.	N	7,50	8,10

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.18.3	DROGHE D'ABUSO. per ciascun analita (metodo immunometrico)	N	6,10	6,60
	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE).	N	18,80	20,35
R	90.18.5	ERITROPOIETINA.	N	18,00	19,45
	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI.	N	5,50	5,95
	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO.	N	9,40	10,20
	90.19.5	ESTRONE (E1).	N	15,45	16,70
	90.20.1	ETANOLO [S/U].	N	5,90	6,40
	90.20.2	ETOSUCCIMIDE.	N	9,30	10,05
	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI. per ciascuna determinazione	N	9,30	10,05
	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI. per ciascuna determinazione	N	7,40	8,00
	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI. per ciascuna determinazione	N	9,55	10,35
IR	90.20.7	FARMACI DROGHE E TOSSICI DIVERSI (DOSAGGIO MEDIANTE HPLC E/O SPETTROMETRIA DI MASSA). Esclusi 90.18.3, 90.20.3, 90.20.4, 90.20.5, 90.21.1, 90.08.3	2	24,65	24,65
	90.21.1	FARMACI DIGITALICI. per ciascuna determinazione	N	11,30	12,20
R	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP).	N	9,35	10,10
	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti).	N	5,00	5,40
	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO (metodo immunologico).	N	3,95	4,25
R	90.21.5	FENILALANINA.	N	3,50	3,80
	90.22.1	FENITOINA.	N	11,05	11,95
	90.22.2	FENOLO [U].	N	3,60	3,90
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er].	N	13,25	14,35
	90.22.4	FERRO [dU].	N	5,40	5,80
	90.22.5	FERRO [S].	N	2,65	2,85
R	90.23.1	FLUORO.	N	6,40	6,90
	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er].	N	9,30	10,05
	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.23.4	FOSFATASI ACIDA.	N	1,80	1,90
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA.	N	2,65	2,85
	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO.	N	10,75	11,65
	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU].	N	1,65	1,75
R	90.24.4	FOSFOESOSISOISOMERASI (PHI).	N	1,10	1,20
	90.24.5	FOSFORO.	N	1,30	1,40
R	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S].	N	3,20	3,50
R	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls].	N	4,25	4,60
	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico).	N	7,05	7,65
	90.25.4	GALATTOSIO [S/U].	N	2,15	2,35
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U].	N	2,65	2,85

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IMR*	90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT). Secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare	2	11,60	11,60
I	90.25.7	GLOBULINA DA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG).	2	12,70	12,70
	90.26.1	GASTRINA [S].	N	11,85	12,80
	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG).	N	7,60	8,20
	90.26.3	GLUCAGONE [S].	N	8,45	9,15
	90.26.4	GLUCOSIO Curva da carico 2 o 3 determinazioni. Inclusa determinazione del Glucosio basale 90.27.1	N	2,50	2,70
	90.26.5	GLUCOSIO Dosaggio seriale dopo carico (4 o 5 o 6 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	N	4,85	5,25
	90.27.1	GLUCOSIO.	N	1,60	1,70
	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH).	N	9,50	10,30
	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U].	N	13,25	14,35
	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U].	N	12,85	13,90
	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera).	N	14,55	15,75
IR	90.27.6	IODURIA.	2	3,20	3,20
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA.	N	10,80	11,70
	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U].	N	18,15	19,65
	90.28.3	IMIPRAMINA.	N	14,55	15,75
	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U].	N	9,50	10,30
	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5).	N	31,15	33,70
	90.29.1	INSULINA [S].	N	9,80	10,60
	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F].	N	2,65	2,85
	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls].	N	2,60	2,80
	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S].	N	2,85	3,05
	90.30.1	LEVODOPA.	N	7,50	8,10
	90.30.2	LIPASI [S].	N	3,25	3,55
	90.30.3	LIPOPROTEINA (a).	N	13,90	15,05
	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	N	4,10	4,40
	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione.	N	1,05	1,15
	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia).	N	11,60	12,55
	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA.	N	18,00	19,45
	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS.	N	1,05	1,15
I	90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] - Sostituisce cod. 90.31.4 -. ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica.	g	4,30	4,65
I	90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA'. previa colorazione con eosina (Prestazione erogabile solo in caso di motilità < al 30%).La prestazione sostituisce cod.90.31.5	g	7,75	8,35

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I*	90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO - La prestazione sostituisce cod.90.31.4 -. (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi) Per ciascuna determinazione (Sono prescrivibili al massimo 4 determinazioni)	g	4,30	4,65
	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	N	2,65	2,85
	90.32.2	LITIO [P].	N	4,25	4,60
	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U].	N	13,25	14,35
	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	N	57,00	61,65
	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er].	N	1,75	1,85
R	90.33.1	MANGANESE [S].	N	6,40	6,90
	90.33.2	MEPROBAMATO.	N	7,50	8,10
R	90.33.3	MERCURIO.	N	9,30	10,05
	90.33.4	MICROALBUMINURIA.	N	4,75	5,15
	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U].	N	7,75	8,35
I	90.33.6	METANEFRINE URINARIE. Sostituisce cod.90.33.8.	g	8,45	8,45
I	90.33.7	MURAMIDASI (LISOZIMA).	g	2,35	2,55
	90.34.1	NEOPTERINA.	N	11,10	12,00
R	90.34.2	NICHEL.	N	10,30	11,15
	90.34.3	NORTRIPTILINA.	N	5,50	5,95
R	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO. per ciascuna determinazione	N	7,05	7,65
I	90.34.6	OMOCISTEINA.	2	12,55	12,55
I	90.34.7	OSMOLALITA'. (Determinazione diretta)	2	3,80	3,80
	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U].	N	10,80	11,70
	90.35.2	ORMONI. Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA, PEPTIDE C, GASTRINA, CALCITONINA, DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO [DEA-S]) Inclusa determinazione del livello basale. per ciascuna serie	N	33,70	36,45
	90.35.3	OSSALATI [U].	N	9,15	9,90
	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP).	N	25,90	28,05
	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S].	N	21,40	23,15
	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S].	N	6,40	6,90
	90.36.3	PIOMBO [S/U].	N	20,65	22,35
	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er].	N	8,00	8,65
	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP).	N	6,40	6,90
I	90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE (BNP o NT-proBNP).	2	15,70	15,70
	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa).	N	13,55	14,65
	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U].	N	6,05	6,55
	90.37.3	POST COITAL TEST.	N	2,85	3,05
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er].	N	1,30	1,40
	90.37.5	PRIMIDONE.	N	9,30	10,05
I	90.37.6	PREALBUMINA.	2	6,30	6,30

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PRO-COLLAGENE.	2	15,70	15,70
I	90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO.	2	6,30	6,30
	90.38.1	PROGESTERONE [S].	N	13,25	14,35
	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S].	N	13,25	14,35
	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5).	N	28,70	31,05
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]. Incluso: Dosaggio Proteine totali	N	7,90	8,55
	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La].	N	1,30	1,40
IR*	90.38.F	PEPSINOGENO A.C. Per singolo dosaggio. Indagine di II livello per la valutazione trattamento di inibitori di pompa	2	5,70	5,70
I	90.38.G	ACIDO OMOVANILICO.	2	12,45	12,45
I	90.38.H	TIMIDINA CHINASI.	2	53,00	53,00
I	90.38.L	TRIPTASI.	2	12,50	12,50
I	90.38.Z	PROCALCITONINA.	2	18,00	18,00
	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	N	4,75	5,15
	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA.	N	7,85	8,50
R	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI.	N	10,75	11,65
R	90.39.4	RAME [S/U].	N	5,05	5,45
	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI.	N	21,55	23,30
I	90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA.	2	10,50	10,50
	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE.	N	17,90	19,35
	90.40.2	RENINA [P].	N	26,30	28,45
R	90.40.3	SELENIO.	N	7,05	7,65
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er].	N	1,30	1,40
	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO.	N	4,75	5,15
I	90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE. La prestazione sostituisce cod.90.31.5.	g	7,75	8,35
I	90.40.7	SOMATOMEDINA C [IGF-1].	2	21,10	21,10
I	90.40.8	SOMATOSTATINA DOSAGGIO.	2	21,10	21,10
	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+).	N	0,90	1,00
	90.41.2	TEOFILLINA.	N	11,20	12,10
	90.41.3	TESTOSTERONE.	N	13,25	14,35
	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO.	N	16,10	17,40
	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg).	N	15,95	17,25
I	90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE.	2	18,45	18,45
I	90.41.7	TELOPEPTIDE N-TERMINALE.	2	18,45	18,45
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH).	N	13,25	14,35
	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4).	N	23,70	25,65
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4).	N	13,25	14,35
	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante).	N	4,10	4,40
	90.42.5	TRANSFERRINA [S].	N	5,25	5,65

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO. (Per screening S. Down e altre anomalie)	N	20,35	22,00
	90.43.2	TRIGLICERIDI.	N	3,15	3,45
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3).	N	13,25	14,35
	90.43.4	TRIPSINA [S/U].	N	10,70	11,60
	90.43.5	URATO [S/U/dU].	N	1,30	1,40
IR*	90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO[TEST DI FARLEY] non associabile a cod 90.44.3. Indagine di II livello per la valutazione del danno glomerulo-tubulare	2	3,30	3,30
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU].	N	1,60	1,70
	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS.	N	3,95	4,25
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	N	2,35	2,55
	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo).	N	0,70	0,80
	90.44.5	VITAMINA D.	N	16,60	17,95
R	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO. Per ciascuna determinazione	N	10,65	11,55
R	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO. Per ciascuna determinazione. Non associabile a 90.44.5	N	10,65	11,55
	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento).	N	6,05	6,55
	90.45.4	ZINCO [S/U].	N	6,40	6,90
	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er].	N	8,65	9,35
	90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA.	N	7,60	7,90
*	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA.	N	9,00	9,70
	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC).	N	4,75	5,15
	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA.	N	4,75	5,15
	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B.	N	4,30	4,65
	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Nas	N	13,70	13,70
R	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO.	N	11,65	12,60
	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA. (IgG, IgA, IgM) per ciascuna determinazione	N	12,80	13,85
I	90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA Determinazione singola.	g	13,70	13,70
I	90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	g	13,70	13,70
I	90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide).	2	13,00	13,00
I	90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO. per ciascun anticorpo	2	8,00	8,00
	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA).	N	8,50	9,20
	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	N	11,65	12,60
	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO.	N	12,15	13,15
	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico).	N	1,80	1,90

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante).	N	8,50	9,20
	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione).	N	19,30	20,85
	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE.	N	24,75	26,80
	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto].	N	9,50	10,30
	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII.	N	11,65	12,60
	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA). per ciascuna determinazione	N	11,65	12,60
I	90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	2	12,65	12,65
I	90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD).	2	12,00	12,00
I	90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE.	2	16,45	16,45
I	90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI.	2	13,70	13,70
I	90.49.Z	ANTICORPI ANTI-PEPTIDI DEAMIDATI DELLA GLIADINA (IgA, IgG). per ciascuna determinazione	2	36,72	36,72
R	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo).	N	36,55	39,50
R	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità).	N	36,55	39,50
R	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente).	N	21,35	23,10
R	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti).	N	19,20	20,75
	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA).	N	8,75	9,45
	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA).	N	12,45	13,45
	90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI.	N	42,75	46,25
	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG.	N	11,65	12,60
	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO).	N	11,65	12,60
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA).	N	8,40	9,10
I	90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPERROSSIDASI (MPO).	2	12,10	12,10
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA).	N	9,65	10,45
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA).	N	7,60	8,20
	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore).	N	7,60	8,20
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA).	N	9,85	10,65
	90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS.	N	24,80	24,80
	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO.	N	7,60	8,20
	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE.	N	43,65	47,20
	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE.	N	89,95	97,30
	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE.	N	25,80	27,90
	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH.	N	25,80	27,90
I	90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3).	2	12,10	12,10
I	90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA.	2	13,70	13,70
I	90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. per classe anticorpale	2	13,70	13,70
I	90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA).	2	10,30	10,30

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA) per ciascuna determinazione.	2	12,10	12,10
	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA).	N	8,75	9,45
	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA).	N	8,75	9,45
	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE.	N	7,60	8,20
	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg).	N	12,95	14,00
	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI.	N	7,10	7,70
	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125).	N	18,90	20,45
	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3).	N	18,45	19,95
	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9).	N	16,75	18,10
	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195).	N	15,80	17,10
	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50).	N	15,80	17,10
	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4).	N	18,80	20,35
	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA).	N	12,35	13,35
	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA).	N	12,65	13,70
	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA) O SPECIFICO TISSUTALE (TPS).	N	18,80	20,35
	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA). Totale o Frazione Libera	N	11,60	11,60
I	90.56.8	ANTIGENE HER2/neu.	2	13,00	13,00
	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC).	N	22,50	24,35
R	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59.	N	17,45	18,90
	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno).	N	17,75	19,20
	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI.	N	43,00	46,50
	90.57.5	ANTITROMBINA III.	N	2,85	3,05
	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA).	N	18,80	20,35
	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto].	N	7,00	7,60
*	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA.	N	9,35	10,10
	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er].	N	4,15	4,45
	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI.	N	24,95	27,00
	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL.	N	22,80	24,65
	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK.	N	22,80	24,65
	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK.	N	19,80	21,40
	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE. (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	N	95,80	103,65
	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore). quantitativo	N	6,30	6,80
	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno).	N	6,75	7,30
R	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO.	N	368,75	398,85
R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO.	N	2,50	2,70
R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE.	N	33,55	36,30
	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA.	N	1,80	1,90
	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna).	N	11,90	12,90

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.61.3	CYFRA 21-1.	N	21,55	23,30
	90.61.4	D-DIMERO (EIA).	N	8,65	9,35
	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice).	N	7,30	7,90
	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA.	N	1,00	1,10
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L..	N	4,75	5,15
	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA.	N	12,35	13,35
	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI.	N	15,80	17,10
	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb].	N	2,55	2,75
	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato).	N	11,25	12,15
	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene).	N	6,85	7,40
	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche	N	21,25	23,00
	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO. Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	N	3,75	4,05
	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE.	N	19,20	20,75
	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA.	N	24,45	26,45
	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE.	N	4,85	5,25
	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno).	N	14,60	15,80
	90.64.4	FENOTIPO Rh.	N	10,80	11,70
	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PRODOTTI DI DEGRADAZIONE (FDP/FSP).	N	13,80	14,90
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE.	N	2,70	2,90
*	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA.	N	9,35	10,10
H	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D).	N	7,90	8,55
H	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh Il controllo.	N	5,25	5,65
R	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO.	N	110,60	119,60
	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La].	N	1,80	1,90
	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2.	N	9,80	10,60
	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio).	N	4,10	4,40
	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.).	N	14,65	15,85
R	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE.	N	14,20	15,35
R	90.67.2	Hb - SEPARAZIONE CROMATOGRAFICA DELLE CATENE GLOBINICHE.	N	13,10	14,15
	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er].	N	1,80	1,90
R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO. (1 siero/30 cellule a antigenicit� nota)	N	88,65	95,90
	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb].	N	7,50	8,10
	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO. (Per pannello, fino a 12 allergeni) per ciascun allergene	N	8,95	8,95
	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO.	N	12,65	13,70
	90.68.3	IgE TOTALI.	N	12,65	13,70

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	N	15,80	17,10
	90.68.5	IgG.IgG4 SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per ciascuna determinazione	N	16,70	18,05
R	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI.	N	8,00	8,65
	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE.	N	30,30	32,75
	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE.	N	16,70	18,05
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna).	N	5,95	6,45
*	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I).	N	9,80	10,60
R	90.70.1	INTERFERONE.	N	23,35	25,25
R	90.70.2	INTERLEUCHINA e altre CITOCHINE (Ciascuna).	N	20,05	21,70
	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test).	N	5,65	6,15
	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)].	N	4,45	4,85
	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)].	N	1,00	1,10
	90.71.1	METAEMOGLOBINA.	N	2,85	3,05
R	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test).	N	7,25	7,85
	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)].	N	1,30	1,40
	90.71.4	PINK TEST.	N	2,85	3,05
R	90.71.5	PLASMINOGENO.	N	11,90	12,90
	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P].	N	9,30	10,05
	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P].	N	9,30	10,05
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa).	N	4,85	5,25
	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P].	N	10,00	10,80
	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P].	N	10,00	10,80
I	90.72.6	PROTEINA S 100.	2	18,00	18,00
I	90.72.F	ATTIVITA' PROTEASICA ADAMTS 13.	2	98,65	98,65
R	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2.	N	4,75	5,15
H	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE.	N	8,60	9,30
R	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA.	N	6,15	6,65
R	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint).	N	120,25	130,05
R	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA.	N	54,65	59,10
R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente).	N	52,20	56,45
	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE.	N	3,10	3,35
	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel).	N	4,30	4,65
	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva).	N	8,65	9,35
	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)].	N	5,55	6,00
R	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA.	N	3,45	3,75
	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA.	N	1,65	1,75
	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA.	N	1,80	1,90

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT).	N	2,65	2,85
	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT).	N	2,85	3,05
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (APTT).	N	2,60	2,80
*	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born.	N	4,10	4,40
	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO.	N	2,85	3,05
	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE.	N	2,85	3,05
	90.76.5	TEST DI HAM.	N	4,90	5,30
	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali).	N	2,75	2,95
*	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA.	N	9,25	10,00
	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno).	N	37,15	40,20
	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI.	N	37,15	40,20
	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp).	N	486,75	526,45
	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina).	N	3,50	3,80
R	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A.	N	103,55	112,00
R	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20	59,70
R	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B.	N	103,55	112,00
R	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20	59,70
R	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C.	N	103,55	112,00
R	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20	59,70
R	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20	59,70
R	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	158,40	171,35
R	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	192,45	208,15
R	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20	59,70
R	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	181,95	196,80
R	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE.	N	111,35	120,45
R	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	N	181,95	196,80
R	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	N	55,20	59,70
R	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE.	N	217,60	235,35
R	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE.	N	317,85	343,75
R	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B).	N	152,25	164,70
R	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP).	N	161,80	175,00
R	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT).	N	2,85	3,05
*	90.82.2	TROMBOSSANO B2.	N	5,75	6,25
	90.82.3	TROPONINA I, T.	N	16,70	18,05

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.82.4	VALORE EMATOCRITO per monitoraggio del salasso.	N	0,75	0,85
*	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES). Test riservato alla valutazione di patologie infiammatorie croniche o neoplastiche. Da non eseguire per finalità di screening in soggetti asintomatici.	N	1,85	2,00
*	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA.	N	26,90	29,10
	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA.	N	6,30	6,80
	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	8,70	9,40
R	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA NAS. Inclusa estrazione, amplificazione e rivelazione.	N	61,10	66,10
	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	N	34,80	37,65
I	90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSO O CITO) E.I.A. per ciascun microorganismo	2	54,15	54,15
	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici).	N	12,45	13,45
	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	8,30	9,00
	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	11,65	12,60
	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche).	N	6,50	7,00
	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.).	N	6,50	7,00
I	90.84.6	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (MIC DIFFUSIONE, per singola striscia di antibiotico).	2	12,30	12,30
I	90.84.7	BATTERI ANTICORPI NAS.	2	12,30	12,30
	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici).	N	6,50	7,00
	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici).	N	12,45	13,45
	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (E.I.A.)	N	5,95	6,45
	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Agglutinazione)	N	1,35	1,45
	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Elettrosinresi)	N	2,30	2,50
	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas.	N	12,45	13,45
	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas.	N	6,95	7,55
	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI. Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria	N	3,90	4,20
	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)	N	1,90	2,10
	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni speciali	N	2,50	2,70
	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Saggio di inibizione della crescita	N	4,75	5,15
	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO. Saggio di inibizione della crescita	N	6,50	7,00
	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE. Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	N	2,30	2,50
	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.).	N	9,30	10,05

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.87.5	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (E.I.A.). per ciascun anticorpo	N	7,65	8,25
	90.88.1	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (I.F.).	N	12,85	13,90
	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione [WRIGHT]).	N	3,35	3,65
	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA.	N	7,80	8,40
	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	6,30	6,80
	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE NAS.	N	4,95	5,35
	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.). per ciascuna specie	N	11,80	12,75
	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	5,30	5,70
	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa).	N	3,45	3,75
	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.).	N	3,65	3,95
	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE.	N	25,70	27,80
	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.).	N	14,30	15,45
	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione).	N	27,25	29,50
	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	11,60	12,55
	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE.	N	11,65	12,60
	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	N	5,95	6,45
	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	N	3,45	3,75
	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.).	N	5,25	5,65
	90.91.4	ESCHERICHIA COLI O157:H7 NELLE FECI ESAME COLTURALE.	N	2,10	2,30
	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	8,30	9,00
	90.92.1	ESCHERICHIA COLI O157:H7 DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	N	8,20	8,90
	90.92.4	ENTAMOEBE HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.).	N	16,25	17,60
	90.92.5	ENTAMOEBE HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva).	N	6,30	6,80
IR	90.92.6	ENTAMOEBE HISTOLYTICA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	2	44,95	44,95
IR	90.92.7	ENTAMOEBE HISTOLYTICA RICERCA ANTICORPI TITOLAZIONE (I.F.).	2	28,60	28,60
	90.93.1	ENTAMOEBE HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica).	N	7,80	8,40
	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIIURI] RICERCA MICROSCOPICA. Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)	N	3,10	3,35
	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	N	6,80	7,35
	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria gonorrhoeae	N	6,30	6,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici	N	6,30	6,80
	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Per prelievo	N	27,00	29,20
	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	N	9,60	10,40
	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.).	N	11,20	12,10
	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	4,55	4,95
I	90.94.6	GIARDIA LAMBLIA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	g	36,35	39,30
I	90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI (Metodi immunologici).	g	22,85	24,70
	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica).	N	6,30	6,80
	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	N	6,65	7,20
	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	18,80	20,35
	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	N	7,80	8,40
	90.95.5	LEGIONELLA ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici).	N	14,25	15,40
I	90.95.6	LEGIONELLE ANTICORPI IgG o Ig Totali.	2	28,60	28,60
I	90.95.7	LEGIONELLE ANTICORPI IgM.	2	13,15	13,15
I	90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE.	2	25,00	25,00
	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	10,80	11,70
	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa).	N	4,10	4,40
	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.).	N	14,25	15,40
	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	8,00	8,65
	90.96.5	LEPTOSPIRA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione e lisi). Per ciascun antigene	N	9,75	10,55
	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	N	3,75	4,05
*	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.).	N	11,55	12,50
*	90.97.3	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (MIC IN BRODODILUIZIONE). Fino a 5 antimicotici	N	10,75	11,65
	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	11,60	12,55
	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	N	6,05	6,55
IR	90.97.6	MALARIA. RICERCA DIRETTA IN IMMUNOFLUORESCENZA (Q.B.C.).	g	25,95	28,10
I	90.97.8	MICETI ANTICORPI. La prestazione sostituisce cod. 90.98.1	2	12,75	12,75
	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MORFOLOGICA (Osservazione macroscopica e microscopica).	N	2,80	3,00
	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	90.98.4	MICETI [LIEVITI, MICETI FILAMENTOSI] ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI NAS.	N	3,35	3,65
	90.98.5	MICETI [MICETI FILAMENTOSI] RICERCA MICROSCOPICA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI NAS.	N	2,80	3,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici).	N	11,00	11,90
R	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI.	N	11,00	11,90
	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico).	N	15,80	17,10
R	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA/COLTURALE.	N	8,30	9,00
I	91.01.6	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA IN TERRENO LIQUIDO - SOSTITUISCE PREST. 91.01.1. (Metodo radiometrico e non radiometrico, almeno 3 antibiotici)	g	57,95	62,65
R	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	N	38,25	41,40
	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE. Metodo radiometrico e non radiometrico	N	16,30	17,65
R	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE IN TERRENO SOLIDO.	N	8,75	9,45
	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA. (previa colorazione per microrganismi alcool acido resistenti)	N	3,60	3,90
	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.).	N	11,40	12,30
	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	7,25	7,85
	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	8,30	9,00
	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE.	N	7,90	8,55
	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS.	N	3,20	3,50
I	91.03.6	MICOPLASMI/UREAPLASMA RICERCA E IDENTIFICAZIONE.	2	21,10	21,10
	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI.	N	3,20	3,50
	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	11,60	12,55
	91.04.3	NEISSERIA MENINGITIDIS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	N	6,30	6,80
	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa).	N	3,60	3,90
	91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS.	N	3,60	3,90
	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA.	N	2,80	3,00
	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa).	N	4,80	5,20
	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica).	N	7,80	8,40
	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.).	N	4,80	5,20
	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa). Striscio sottile e goccia spessa	N	3,60	3,90
I	91.05.6	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA DIRETTA ANTIGENI (Metodi immunologici).	2	14,50	14,50

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.06.1	PLASMODI DELLA MALARIA ANTIGENI O ANTICORPI.	N	8,00	8,65
	91.06.2	PNEUMOCYSTIS CARINII IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO. esame microscopico dopo concentrazione o arricchimento	N	4,10	4,40
	91.06.3	PNEUMOCYSTIS CARINII IN SECREZIONI RESPIRATORIE RICERCA DIRETTA. (Metodi immunologici)	N	7,40	8,00
	91.06.4	PROTOZOI, ELMINTI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE NAS.	N	7,80	8,40
	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	5,05	5,45
I	91.06.6	RICKETTSIE ANTICORPI IgG o Ig Totali. Per antigene. La prestazione sostituisce cod.91.06.5.	g	10,50	10,50
I	91.06.7	RICKETTSIE ANTICORPI IgM. Per antigene. La prestazione sostituisce cod.91.06.5.	g	7,10	7,10
	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX].	N	8,35	9,05
	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	N	6,75	7,30
	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL] Antigeni O, Antigeni H.	N	3,35	3,65
	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA DI GRUPPO.	N	7,50	8,10
	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA (Antigeni Somatici e Flagellari).	N	9,30	10,05
I	91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE.	2	4,60	4,60
	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT].	N	6,75	7,30
	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI.	N	6,30	6,80
	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	N	8,30	9,00
	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE E/O RETTALE ESAME COLTURALE.	N	3,75	4,05
	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.].	N	4,95	5,35
I	91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI. (Esame colturale o Baermann)	2	11,00	11,00
I	91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI.	2	11,00	11,00
I	91.08.9	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	2	11,00	11,00
I	91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI.	2	13,15	13,15
I	91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI.	2	13,15	13,15
	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B.	N	6,00	6,50
	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE.	N	5,90	6,40
	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.).	N	16,25	17,60
	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.).	N	11,20	12,10
	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON].	N	3,40	3,70
I	91.09.6	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG o Ig Totali.	2	12,10	12,10
I	91.09.7	STRONGYLOIDES ANTICORPI (I.F.).	2	35,10	35,10

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	12,05	13,05
	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.).	N	6,75	7,30
	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS].	N	8,30	9,00
	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	N	3,50	3,80
	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	N	5,90	6,40
I	91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM - TEST DI NELSON-MEYER.	2	11,70	11,70
	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR].	N	3,40	3,70
	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE.	N	4,25	4,60
	91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE.	N	2,10	2,30
	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	N	8,30	9,00
R	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena).	N	64,75	70,05
I	91.11.7	URINOCOLTURA SU TRE CAMPIONI - TEST DI STAMEY. Comprensiva di: ricerca Trichomonas. Clamidia, Micoplasma	2	61,05	61,05
R	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena).	N	71,30	77,10
R	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	N	34,80	37,65
	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.).	N	12,90	13,95
	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	N	28,55	30,90
	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva). Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	N	6,45	6,95
	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.). Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	N	6,45	6,95
	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio	N	10,20	11,00
I	91.13.7	VIRUS O BATTERI ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA) - SOSTITUISCE PREST. 91.13.2.	g	36,90	39,95
	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI. IgG (E.I.A.)	N	11,20	12,10
	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	5,40	5,80
	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.).	N	11,20	12,10
	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	N	36,85	39,85
R	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	N	28,55	30,90
	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	N	51,40	55,60
R	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	N	36,85	39,85
	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	N	51,40	55,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	N	51,40	55,60
R	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	N	36,85	39,85
	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	N	12,65	13,70
	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio	N	5,25	5,65
R	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.). Virus dell'apparato gastroenterico	N	28,55	30,90
	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione). Virus dell'apparato gastroenterico	N	7,75	8,35
	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI.	N	11,20	12,10
	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM.	N	11,20	12,10
R	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	N	64,65	69,95
R	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	N	36,85	39,85
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg.	N	11,20	12,10
	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM.	N	11,20	12,10
	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg.	N	11,20	12,10
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg.	N	11,20	12,10
	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg.	N	11,20	12,10
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg.	N	11,20	12,10
	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma).	N	14,15	15,30
R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI.	N	23,80	25,75
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA.	N	64,25	69,45
R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA.	N	79,00	85,45
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.	N	11,20	12,10
	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	71,15	76,95
R	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA.	N	79,00	85,45
	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI.	N	12,30	13,30
	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM.	N	22,20	24,00
	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	N	18,30	19,80
	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.).	N	13,75	14,85
	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.).	N	12,70	13,75
	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido).	N	7,80	8,40
	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN].	N	8,85	9,55
	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI.	N	11,20	12,10
R	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	N	64,25	69,45

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
R	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	N	79,00	85,45
	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI.	N	11,20	12,10
	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	71,15	76,95
	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	87,35	94,50
	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.).	N	22,20	24,00
	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.).	N	26,20	28,35
	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.).	N	71,40	77,20
	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	N	64,65	69,95
	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	N	28,55	30,90
	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale). Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio	N	51,40	55,60
	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.).	N	7,90	8,55
	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	6,65	7,20
I	91.24.9	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) Analisi qualitativa DNA. (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)	2	90,25	90,25
I	91.24.A	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	2	49,10	49,10
IR	91.24.B	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) tipizzazione genomica. (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione previa digestione con enzimi di restrizione o mediante ibridazione inversa o altro metodo)	2	110,85	110,85
IR	91.24.C	VIRUS PAPILOMAVIRUS (HPV) TIPIZZAZIONE GENOMICA. Inclusa estrazione, amplificazione, sequenziamento: per segmento di acido nucleico)	2	110,85	110,85
	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.).	N	9,35	10,10
	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.).	N	6,00	6,50
	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	7,65	8,25
	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.).	N	9,35	10,10
	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.).	N	7,40	8,00
	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	4,85	5,25
R	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2.	N	64,25	69,45
	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI. IgG	N	11,20	12,10
	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	N	4,10	4,40
I	91.26.6	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM (E.I.A.).	2	12,10	12,10
	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.).	N	7,90	8,55
	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.).	N	7,40	8,00
	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	N	7,40	8,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	N	6,65	7,20
	91.27.5	YERSINIA NELLE FECCI ESAME COLTURALE.	N	2,10	2,30
R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA. Con agente clastogenico "in vitro"	N	132,70	143,50
R	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI.	N	126,45	136,75
R	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI.	N	122,75	132,75
R	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO.	N	114,85	124,25
R	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI.	N	126,45	136,75
R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot).	N	129,10	139,60
R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO. Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	N	65,85	71,25
R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	N	57,95	62,65
R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	N	122,50	132,50
R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	N	122,50	132,50
R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA. Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	N	161,70	174,90
R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR). Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	N	130,10	140,70
R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO. (Blocchi di circa 400 bp)	N	159,05	172,00
R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	N	117,45	127,05
R	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.). 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	94,80	102,55
R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	114,30	123,60
R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	94,80	102,55
R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	N	112,70	121,90
R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	N	114,30	123,60
R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D.	N	28,95	31,30
R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C.	N	28,95	31,30
R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G.	N	25,30	27,35
R	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione.	N	28,45	30,80
R	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR.	N	28,95	31,30
R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q.	N	26,60	28,75
R	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R.	N	25,30	27,35
R	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T.	N	26,05	28,20

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A.	N	28,95	31,30
R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI.	N	90,90	98,35
R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI.	N	89,55	96,90
R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI.	N	121,20	131,10
R	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS.	N	146,45	158,40
R	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA.	N	125,35	135,55
R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA.	N	97,45	105,40
R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI.	N	81,65	88,30
R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO.	N	121,20	131,10
R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE. BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	N	94,80	102,55
R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine).	N	84,30	91,15
R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI.	N	122,20	132,20
R	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA. Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	N	59,75	64,65
IR	91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO.	g	17,90	17,90
R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA.	N	41,35	44,70
R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI.	N	33,55	36,30
R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI.	N	33,55	36,30
R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE.	N	43,20	46,75
R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale). Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	N	46,35	50,15
R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE.	N	83,25	90,05
R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sequenze genomiche in YAC	N	288,15	311,70
R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	N	190,20	205,70
R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	N	153,30	165,85
R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari painting	N	190,20	205,70
R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE). Ricerca heteroduplex (HA)	N	123,00	133,00
R	91.38.2	RICERCA DI MUTAZIONE DEL DNA mediante SSCP. P. Per segmento di DNA	N	123,00	133,00
R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno).	N	123,00	133,00
R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA.	N	47,95	51,85
	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test].	N	11,35	12,25
	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS. Per ciascun campione	N	34,50	37,35
	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	N	27,70	29,95
	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTO o DI LAVAGGIO. (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	N	27,70	29,95
	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	N	14,40	15,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo. In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	N	27,70	29,95
I	91.39.7	ESAME CITOLOGICO DI SEDE NAS (Fino a 5 vetrini e/ocolorazioni).	g	14,40	15,60
	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea.	N	27,70	29,95
	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.40.4	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE. Shave o Punch. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.40.5	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLII: da Biopsia escissionale. Per ciascun campione	N	27,70	29,95
I	91.40.7	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLII: da Escissione di neof ormazione. Per ciascuna neof ormazione escissa	g	29,95	29,95
	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica -. Per ciascun campione	N	40,20	43,45
I	91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: da Biopsia endoscopica. La prestazione sostituisce cod.91.41.3 e cod. 91.41.4. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
I	91.41.9	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: da Polipectomia endoscopica. La prestazione sostituisce cod.91.42.1 e cod. 91.42.2. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch.	N	44,50	48,15
	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica.	N	44,50	48,15
I	91.42.6	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Polipectomia endoscopica. La prestazione sostituisce cod. 91.42.5. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
I	91.42.7	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Biopsia bronchiale o transbronchiale o polmonare. La prestazione sostituisce cod. 91.43.1 e cod. 91.43.2. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
	91.43.3	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: da Biopsia laringea. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple).	N	47,45	51,30
	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE MASCHILE: da Agobiopsia prostatica. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale. (Con raschiamento del canale)	N	47,45	51,30
	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA).	N	14,40	15,60
	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
	91.45.4	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE MASCHILE: da Biopsia testicolare. Per ciascun campione	N	14,40	15,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	91.45.5	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Biopsia vaginale. Per ciascun campione	N	14,40	15,60
I	91.45.6	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Biopsia vulvare. La prestazione sostituisce cod.91.46.1 e 91.46.2. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
I	91.45.7	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Agobiopsia renale. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
I	91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Biopsia endoscopica vescicale o uretrale. La prestazione sostituisce cod.91.45.1 e 91.45.2. Per ciascun campione	g	15,60	15,60
I	91.45.9	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO: da Resezione endoscopica di neoformazione vescicale. La prestazione sostituisce cod.91.45.1 e 91.45.2. Per ciascun campione.	g	15,60	15,60
	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple). Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.46.4	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE FEMMINILE: da Polipectomia endocervicale o endometriale. Per ciascun campione.	N	14,40	15,60
	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.47.1	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA: da Nodulesctomia. Per ciascun campione	N	27,70	29,95
	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple). Per ciascun campione	N	81,25	87,90
	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale.	N	81,25	87,90
	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare. Per ciascun campione	N	81,25	87,90
IR*	91.47.9	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE per diagnosi differenziale di patologia tumorale nei casi indicati nella nota - Sostituisce 90.81.5. Incluso esame istopatologico. Erogabile unicamente per diagnosi differenziale di sospetta neoplasia melanocitaria, neoplasia metastatica ad origine ignota e di neoplasie indifferenziate ad incerta istogenesi, evidenziate con esame istopatologico. Per ciascuna determinazione.	g	17,10	17,10
IR*	91.47.A	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE per diagnosi differenziale e tipizzazione nei casi indicati nella nota - Sostituisce 90.81.5. Incluso esame istopatologico Erogabile unicamente in caso di sospetto tumore primitivo emolinfoproliferativo evidenziato con esame istopatologico. Per ciascuna determinazione.	g	18,00	18,00
	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea. Per ciascun campione	N	47,45	51,30
	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico. Per ciascun campione	N	27,70	29,95
R	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.).	N	86,75	93,80
	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO.	N	2,65	2,85
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO.	N	5,25	5,65
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE.	N	2,65	2,85
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO.	N	2,65	2,85
	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO.	N	2,65	2,85
I	91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Per ciascun campione.	2	15,60	15,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Da biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Per ciascun campione.	2	15,60	15,60
I	91.49.F	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO A DOMICILIO. Include 91.49.2	2	8,85	8,85
IMR*	91.5R.2	DOSAGGIO ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS.	2	175,00	175,00
IMR*	91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI.	2	175,00	175,00
IMR*	91.5R.4	DOSAGGIO ACIDO OROTICO URINARIO.	2	35,00	35,00
IMR*	91.5R.8	CARNITINA LIBERA.	2	25,00	25,00
IMR*	91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA.	2	25,00	25,00
IMR*	91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS.	2	25,00	25,00
IMR*	91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI.	2	79,65	79,65
IMR*	91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA).	2	175,00	175,00
IMR*	91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA.	2	125,00	125,00
IMR*	91.5R.K	DOSAGGIO ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. (dosaggio singolo)	2	90,55	90,55
IMR*	91.5R.Q	DOSAGGIO ENZIMI LISOSOMIALI. (dosaggio singolo)	2	161,10	161,10
IMR*	91.5R.S	DOSAGGIO ENZIMI MITOCONDRIALI. (dosaggio singolo)	2	161,10	161,10
IMR*	91.5R.T	DOSAGGIO ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO (dosaggio singolo).	2	79,65	79,65
IMR*	91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI DOSAGGIO.	2	147,50	147,50
IMR*	91.6R.F	PROTEINA SIERO AMILOIDEA (SAA).	2	12,50	12,50
E	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test). Fino a 7 allergeni.	N	11,85	12,80
E	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. (Fino a 20 allergeni). (per singolo allergene).	N	2,10	2,10
HE	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA. (Fino a 12 allergeni).	N	23,70	25,65
H	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE.	N	11,85	12,80
H	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI.	N	26,30	28,45
H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE].	N	447,80	484,35
HI	99.71.1	PLASMAFERESI SELETTIVA [LDL AFERESI SELETTIVA] TERAPEUTICA.	2	929,00	929,00
HI	99.71.F	FILTRAZIONE A CASCATA TERAPEUTICA [IMMUNOADSORBIMENTO SELETTIVO, GRANULOCITOFERESI, ADSORBIMENTO SELETTIVO].	2	1.796,00	1.796,00
H	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA.	N	410,90	444,45
H	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA.	N	380,85	411,95
H	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE.	N	44,80	48,45
H	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA.	N	416,15	450,10
HI	99.75	AFERESI PER RACCOLTA CELLULE STAMINALI.	2	516,50	516,50
HI	99.76	SALASSO TERAPEUTICO.	2	26,35	26,35

Conteggio prest.: 850

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 8 CARDIOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA.	N	60,50	65,40
E	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)	N	60,50	65,40
E	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	N	46,85	50,65
E	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3	N	52,70	57,00
E	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3	N	94,80	102,55
HE	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2	N	105,35	113,95
H	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA. Ecocardiografia transesofagea	N	79,00	85,45
E	88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE.	N	42,15	45,60
HIE	88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2	2	113,95	113,95
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	N	44,80	48,45
IE	88.73.Z	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari, succlavie, vene anonime.	g	44,80	48,45
E	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	25,30	27,35
E	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI.	N	23,70	25,65
IE	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
I	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	N	56,90	61,55
	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS.	N	18,95	20,50
	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	N	56,90	61,55
	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO.	N	56,90	61,55
	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER.	N	23,70	25,65
I	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	2	25,65	25,65
	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. (Holter)	N	63,20	68,40
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA.	N	11,85	12,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 8 CARDIOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	N	47,45	47,50
E	89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	18,95	20,50
E	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	28,45	30,80
E	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	N	18,95	20,50
E	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	N	18,95	20,50
E	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	N	28,45	30,80
E	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	21,05	22,80
E	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	N	18,95	20,50
E	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO.	N	18,95	20,50
	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA. Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	N	42,15	45,60
I	89.59.2	HEAD UP TILT TEST.	2	52,80	52,80
	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA.	N	42,15	45,60
E	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE.	N	47,45	51,30
I	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52).	g	35,30	35,30
E	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.	N	19,50	21,10
E	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA.	N	10,25	11,10

Conteggio prest.: 42

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIEA	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.000,00	1.000,00
HIEA	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	g	1.645,55	1.645,55
HIEA	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.645,55	1.645,55
E	06.01	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA NELLA REGIONE TIROIDEA.	N	62,70	67,80
IE	06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA.	g	47,85	47,85
E	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	N	44,25	47,85
E	06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE.	N	62,70	67,80
H	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI.	N	68,50	74,10
IE	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI.	g	67,80	67,80
IH	34.04.1	POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO PLEURICO.	2	102,15	102,15
H	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile	N	131,70	142,45
H	34.91	TORACENTESI.	N	94,80	102,55
HE	34.91.1	TORACENTESI. TC-guidata	N	168,55	182,30
HIEA	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.440,00	1.440,00
HEA	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	N	213,35	230,80
HIEA	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	850,00	850,00
E	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	N	42,70	46,20
E	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	N	60,50	65,40
E	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA.	N	106,70	115,40
	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO.	N	35,55	38,45
E	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'ESOFAGO. Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell'esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	N	46,85	50,65
E	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell'intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	N	57,95	62,65
E	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL'INTESTINO TENUE. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	N	61,65	66,65
E	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	N	72,40	78,30

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	N	89,55	96,90
E	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	N	37,95	41,05
E	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	N	115,85	125,30
IE	45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione Escluso: PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA 45.25	2	52,15	52,15
E	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. - Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	N	25,55	27,60
HE	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO. Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	N	35,55	38,45
	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE.	N	35,55	38,45
	49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI.	N	35,55	38,45
	49.11	FISTULOTOMIA ANALE. Extrasfinterica	N	35,55	38,45
E	49.21	ANOSCOPIA.	N	23,15	25,05
	49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI.	N	24,25	26,20
	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO. Escissione di papilla anale ipertrofica	N	42,70	46,20
	49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO.	N	42,70	46,20
	49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI.	N	16,90	18,30
	49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI.	N	42,70	46,20
	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI. Emorroidectomia NAS	N	42,70	46,20
	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia].	N	42,70	46,20
	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	N	42,70	46,20
H	50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA.. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	79,00	85,45
HE	50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	158,05	170,90
HIE	50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia con mezzo di contrasto.	g	170,90	170,90
HIE	50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto.	g	170,90	170,90
HE	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	N	89,55	96,90
HI	51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI.	2	159,55	159,55
HIA	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIA	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
HIA	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.140,00	1.140,00
	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO.	N	21,30	23,05
H	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	N	63,20	68,40
HE	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	N	89,55	96,90
HIE	54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	2	112,00	112,00
	54.91	PARACENTESI. - Escluso: Creazione di fistola cutaneo-peritoneale (54.93)	N	35,55	38,45
HE	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	N	131,70	142,45
HIEA	64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.065,00	1.065,00
	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI. Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)	N	34,10	36,85
	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	N	34,10	36,85
E	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI.	N	48,35	52,30
H	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE. Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	N	34,10	36,85
	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI. Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso farmaco	N	7,10	7,70
	85.0	MASTOTOMIA. Incisione della mammella (cute) Mastotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi	N	30,35	32,80
E	85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	25,30	27,35
E	85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	N	37,95	41,05
IE	85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA.	2	454,70	454,70
IE	85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI.	2	562,10	562,10

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IE	85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT.	2	403,00	403,00
	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	N	30,35	32,80
	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	N	30,35	32,80
E	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Eco-guidata	N	37,95	41,05
	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	N	7,90	8,55
	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE.	N	15,80	17,10
	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	N	26,90	29,10
E	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. - Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	N	37,95	41,05
	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO. Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)	N	37,95	41,05
E	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	N	14,25	15,40
E	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE. Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27), Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)	N	17,40	18,80
	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE.	N	26,05	28,20
	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	N	17,40	18,80
	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE. Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)	N	8,55	9,25
HE	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	N	28,95	31,30
HIEA	86.4A.9	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	950,00	950,00
	HIE 86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA.	2	12,55	12,55
	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO.	N	23,15	25,05
HIEA	86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA. Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	1.448,00	1.448,00
HIEA	86.86	ONICOPLASTICA. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	900,00	900,00
I	89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE.	g	20,50	20,50
	96.22	DILATAZIONE DELL'ANO-RETTO. (senza endoscopia)	N	9,90	10,70
	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE.	N	9,90	10,70
	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE.	N	11,85	12,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA.	N	11,85	12,80
HI	96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA.	2	13,15	13,15
	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE.	N	10,25	11,10
	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS.	N	7,90	8,55
	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE. Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione	N	7,90	8,55
	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55
	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55
	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55
	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55
	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55

Conteggio prest.: 106

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 12 CHIRURGIA PLASTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIE	27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO.	2	63,30	63,30
HIEA	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLII DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	N	9,25	10,00
E	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE. Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27), Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)	N	17,40	18,80
E	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	N	7,35	7,95
E	86.25	DERMOABRAZIONE. Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	N	17,40	18,80
HE	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	N	28,95	31,30
HIEA	86.4A.9	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE CUTANEA E SOTTOCUTANEA DEL VOLTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	950,00	950,00
	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO.	N	28,95	31,30
	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO. Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	N	8,55	9,25
	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO.	N	11,60	12,55
H	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS. Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	N	210,75	227,95

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 12 CHIRURGIA PLASTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	N	263,40	284,90
H	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	N	210,75	227,95
H	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo	N	316,05	341,85
H	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO.	N	316,05	341,85
H	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	N	316,05	341,85
H	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	N	421,40	455,80
H	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)	N	263,40	284,90
H	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	N	263,40	284,90
HIEA	86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	1.448,00	1.448,00
HIEA	86.86	ONICOPLASTICA. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	900,00	900,00
I	89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA.	g	20,50	20,50

Conteggio prest.: 33

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 14 CHIRURGIA VASCOLARE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA.	N	60,50	65,40
E	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	N	60,50	65,40
HI	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	2	28,70	28,70
HIEA	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.440,00	1.440,00
HEA	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	N	213,35	230,80
HIEA	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	850,00	850,00
HIE	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	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
HE	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	N	31,60	34,15
HIEA	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.000,00	1.000,00
HI	39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie.	g	9,65	9,65
IH	39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso alcolizzazioni	g	101,40	101,40
IHEA	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
E	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	N	46,85	50,65
E	88.71.3	ECCOLORDOPPLER TRANSCRANICO.	N	50,05	54,15

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 14 CHIRURGIA VASCOLARE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	N	44,80	48,45
IE	88.73.Z	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anonime.	g	44,80	48,45
IE	88.76.3	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso vasi viscerali. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	g	32,65	35,30
IE	88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	g	32,65	35,30
E	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	25,30	27,35
E	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI.	N	23,70	25,65
IE	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo.La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica.Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO.La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
I	89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
E	89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	18,95	20,50
E	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	28,45	30,80
E	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	N	18,95	20,50
E	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	N	18,95	20,50
E	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	N	28,45	30,80
E	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	21,05	22,80
E	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	N	18,95	20,50
E	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO.	N	18,95	20,50
E	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE.	N	47,45	51,30
I	89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA.	g	20,50	20,50
I	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE.	g	20,50	20,50
E	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA.	N	10,25	11,10

Conteggio prest.: 45

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 19 ENDOCRINOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	06.01	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA NELLA REGIONE TIROIDEA.	N	62,70	67,80
IE	06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA.	g	47,85	47,85
E	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	N	44,25	47,85
E	06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE.	N	62,70	67,80
IE	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI.	g	67,80	67,80
HE	62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	27,80	30,05
E	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. - Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	N	37,95	41,05
E	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	N	28,95	31,30
IE	88.77.4	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.6	ECOCOLOR DOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
E	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1. Minimo 4 sedute	N	23,45	25,40
E	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a cod. 88.79.E	N	31,60	34,15
I	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute.	g	20,50	20,50
IE	93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PROGRAMMA DIETETICO.	2	15,70	15,70

Conteggio prest.: 15

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 29 NEFROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIE	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	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE. Singolo o doppio	N	263,40	284,90
HIEA	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.000,00	1.000,00
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	177,90	177,90
	39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIO COMPATIBILI, AD ASSISTENZA LIMITATA. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	149,45	149,45
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	120,95	120,95
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	189,30	189,30
	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	236,95	236,95
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE. Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	291,90	291,90
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta. (Ciclo di tredici sedute).	N	291,90	291,90
H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE. Tecnica mista. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta.(Ciclo di tredici sedute).	N	234,95	234,95
	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA.	N	17,80	19,25
H	54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	N	106,70	115,40
	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD). (Ciclo di trenta sedute)	N	55,85	60,40
H	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD). (Ciclo di trenta sedute)	N	47,45	51,30

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 29 NEFROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	54.98.3	PERITONEAL EQUILIBRATION TEST.	2	63,80	63,80
IH	54.98.4	EMODIAFILTRAZIONE - SOSTITUISCE PREST. 39.95.5. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata con metodo AFB e PFD Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	g	237,05	256,40
IE	88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,25	47,85
E	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	N	51,10	55,30
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.	g	14,25	14,25
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	g	20,50	20,50
IE	93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PROGRAMMA DIETETICO.	2	15,70	15,70
	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	N	15,80	17,10
	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	N	15,80	17,10
	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE.	N	9,90	10,70

Conteggio prest.: 30

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 30 NEUROCHIRURGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HE	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	N	105,35	113,95
H	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	N	105,35	113,95
	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI.	N	52,15	56,40
HIEA	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.000,00	1.000,00
HIEA	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	g	1.645,55	1.645,55
HIEA	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.645,55	1.645,55
HIE	04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	g	105,35	113,95
HE	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	N	79,00	85,45
HE	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	N	131,70	142,45
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
HIEA	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
IE	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
E	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	N	20,50	20,50
IE	89.19.3	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
E	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	N	10,25	11,10

Conteggio prest.: 15

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 32 NEUROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	02.93.1	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO. Non associabile a visita neurologica di controllo 89.01.C	2	23,75	23,75
I	03.93.1	CONTROLLO/PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
HIEA	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	g	1.645,55	1.645,55
HIEA	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.645,55	1.645,55
HIEA	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
E	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	N	31,90	34,55
E	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	N	46,85	50,65
E	88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO.	N	50,05	54,15
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	N	44,80	48,45
E	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli - per singolo distretto - Inclusa eventuale integrazione Color Doppler.	N	28,95	34,15
E	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione Color Doppler.	N	28,95	34,15
IE	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
E	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	N	20,50	20,50
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	N	23,70	25,65
	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO.	N	35,55	38,45
	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO.	N	35,55	38,45
	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE].	N	47,45	51,30
	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore. Non associabile a 89.14.3	N	35,55	38,45
	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE. Con mappaggio	N	35,55	38,45
	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI.	N	23,70	25,65
	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	N	49,80	53,85
	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	N	35,55	38,45
	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI. Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	N	35,55	38,45
	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	N	56,90	61,55
	89.15.6	POLIGRAFIA. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	N	47,45	51,30

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 32 NEUROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disturbi del movimento. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	N	47,45	51,30
	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Per ricerca di soglia	N	42,70	46,20
	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Da stimolo elettrico	N	94,80	102,55
E	89.17	POLISONNOGRAFIA. Diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	N	142,25	153,85
	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA.	N	142,25	153,85
	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA.	N	142,25	153,85
	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	N	28,45	30,80
	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	N	52,15	56,40
IE	89.19.3	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
E	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE. Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)	N	7,90	8,55
E	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI. Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	N	7,90	8,55
E*	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9	N	10,55	11,40
E	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA.	N	10,55	11,40
E	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA. Analisi quantitativa. Con esame ad ago	N	10,55	11,40
E	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25).	N	13,70	14,80
E	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	N	10,55	11,40
	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	N	10,55	11,40
	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE. Incluso: EMG	N	10,55	11,40
	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA. Incluso: EMG	N	10,55	11,40
IEA	93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	125,40	125,40
IEA	93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	114,00	114,00
IEA	93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2, 95.25, POLISONNOGRAFIA (89.17) e 99.29.9.	g	79,80	79,80
IEA	93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	79,80	79,80
E	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	N	10,55	11,40
E	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	N	10,55	11,40

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 32 NEUROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IE	93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - SOSTITUISCE PREST. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fono-articolari funzionali e organici periferici (con test somministrati) Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dislessia, dislalia, balbuzie, disartria e funz. corticali sup.	g	38,20	41,35
E	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	N	8,95	9,65
E	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	8,55	9,25
E	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
E	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio..	N	15,80	17,10
E	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	N	5,95	6,45
E	94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].	N	5,95	6,45
E	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.	N	5,95	6,45
E	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI.	N	5,95	6,45
EA	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA. Intero trattamento. Incluso Visita di Controllo, iniezioni, eventuale EMG. Per seduta terapeutica. Escluso il farmaco	N	96,00	96,00

Conteggio prest.: 60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 34 OCULISTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	N	13,90	15,05
	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA. Cantorrafia,Tarsorrafia	N	13,90	15,05
	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA. Riapertura anchiloblefaron	N	13,90	15,05
	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA.	N	13,90	15,05
	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO.	N	27,80	30,05
	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA. Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	N	27,80	30,05
	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	N	27,80	30,05
	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	N	46,35	50,15
	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	N	34,80	37,65
HIA	08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.166,60	1.166,60
	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE.	N	41,70	45,10
	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA.	N	41,70	45,10
	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME.	N	69,50	75,20
H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	N	158,05	170,90
	08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	N	41,70	45,10
H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO. Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore	N	316,05	341,85
HIA	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.166,60	1.166,60
HIA	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso codici: 08.44 e 08.6. Incluso visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.166,60	1.166,60
	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA.	N	34,80	37,65
	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE.	N	34,80	37,65
	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE.	N	34,80	37,65
	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE.	N	69,50	75,20
	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	N	23,15	25,05
	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	N	23,15	25,05
	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE.	N	13,90	15,05
	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	N	34,80	37,65

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 34 OCULISTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE.	N	57,95	62,65
	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE.	N	41,70	45,10
	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE. [Test di Schimer, Break up time (BUT), esame con coloranti] Escluso: Dacriocistografia, Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	N	41,70	45,10
	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	N	57,95	62,65
	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	N	13,90	15,05
	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI. Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	N	16,20	17,50
H	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	N	57,95	62,65
	09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE.	N	34,80	37,65
	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	N	34,80	37,65
	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE.	N	34,80	37,65
	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI. Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	N	34,80	37,65
H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI. Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	N	263,40	284,90
	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	N	57,95	62,65
H	09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	N	210,75	227,95
	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA.	N	16,20	17,50
	10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Escluso asportazione pinguecola e biopsia della congiuntiva (10.21)	N	27,80	30,05
	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA. Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	N	27,80	30,05
	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA. Rimozione di follicoli di tracoma	N	27,80	30,05
	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO.	N	92,70	100,25
	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA.	N	46,35	50,15
	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE.	N	11,60	12,55
	11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM.	N	57,95	62,65
	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA.	N	92,70	100,25
	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM.	N	57,95	62,65
	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA.	N	23,15	25,05
	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA.	N	28,95	31,30
	11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI.	N	295,00	319,05
	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA.	N	34,80	37,65
	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO.	N	16,20	17,50
*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE. Con laser a eccimeri (PRK) o con laser ad olmio	N	81,15	87,80
*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI. Con laser a eccimeri (PTK)	N	81,15	87,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 34 OCULISTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIA	11.99.5	IMPRINTING [CORNEO-CONGIUNTIVALE], [CROSS LINKING CORNEALE]. Incluso prima visita ed esami preoperatori di arruolamento, intervento, visite di controllo entro 12 mesi	2	1.800,00	1.800,00
H	12.14	IRIDECTOMIA. Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	N	92,70	100,25
	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS.	N	115,85	125,30
	12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: iridectomia chirurgica (12.14)	N	92,70	100,25
	12.72	CICLOCRIOTERAPIA.	N	92,70	100,25
	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE.	N	92,70	100,25
	12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE. Paracentesi della camera anteriore	N	27,80	30,05
HIA	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA. Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	N	81,15	87,80
HIA	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico). Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
HIA	13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA. Eseguita in contemporanea. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
HIA	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	1.250,00	1.250,00
HIA	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO. Se effettuati sono inclusi: visita anestesilogica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo, Biometria	g	850,00	850,00
	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	N	57,95	62,65
	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA.	N	57,95	62,65
	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	N	57,95	62,65
I	14.35.1	FOTOCOAGULAZIONE CON LASER PER LACERAZIONE DI RETINA, VASCULOPATIE E MACULOPATIE - SOSTITUISCE PREST. 14.33 E 14.34.	g	57,95	62,65
	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA.	N	27,80	30,05
HIA	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso esami preoperatori di arruolamento, intervento, OCT, visite di controllo. Escluso costo del farmaco	2	235,00	235,00
	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA.	N	46,35	50,15
H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare	N	36,85	39,85
I	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	g	14,25	14,25
	89.11	TONOMETRIA. Non associabile a cod. 95.02	N	14,25	15,40

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 34 OCULISTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE.	N	7,90	8,55
	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO. Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali	N	13,50	14,60
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA.	N	20,50	20,50
	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE.	N	59,25	64,05
I	95.03.3	TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA (OCT).	2	36,00	36,00
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	N	17,15	18,55
	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	N	7,90	8,55
	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO.	N	7,90	8,55
	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO.	N	7,90	8,55
	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI. Non associabile a cod. 95.02	N	7,90	8,55
	95.09.2	ESOFALMOMETRIA.	N	7,90	8,55
	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA.	N	7,90	8,55
	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio	N	3,95	4,25
	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE.	N	3,95	4,25
I	95.12.1	ANGIOGRAFIA CON FLUOROSCEINA O INDOCIANINA O FLUOROSCOPIA OCULARE - SOSTITUISCE PREST. 95.12.	g	47,45	51,30
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE.	N	19,75	21,35
	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE.	N	39,55	42,80
	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE. Con conta cellule endoteliali	N	31,60	34,15
	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE. Non associabile a cod. 95.02	N	15,80	17,10
	95.2	TEST DI HESS - LANCASTER.	N	7,90	8,55
I	95.21.1	ELETTRORETINOGRAFIA - SOSTITUISCE PREST. 95.21.	g	34,20	36,95
	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG).	N	34,20	36,95
	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	N	23,70	25,65
	95.23.1	INTERFEROMETRIA.	N	7,90	8,55
E	95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO. [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	N	18,60	20,10
	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG).	N	31,60	34,15
	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA.	N	7,90	8,55
	95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	N	5,50	5,95
	96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO.	N	3,95	4,25
	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55

Conteggio prest.: 110

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 35 ODONTOSTOMATOLOGIA-MAXILLOFACCIALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
*	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE. Chiusura di fistola del seno nasale Generalità popolazione	1	31,95	31,95
*	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO. Incluso: Anestesia Generalità popolazione	1	12,80	12,80
*	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE. Estrazione di altro dente NAS Incluso: Anestesia 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	17,95	17,95
*	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA. Incluso: Anestesia 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	17,95	17,95
*	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE. Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale Incluso: Anestesia 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	33,85	33,35
*	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	20,50	20,50
*	23.20.2	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 Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	38,45	38,45
I*	23.20.3	OTTURAZIONE DENTARIA PROVVISORIA CON CEMENTI TEMPORANEI DI CARIE. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	15,95	15,95
*	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO. Ricostruzione di dente fratturato Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	35,55	38,45
*	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA. Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	32,05	34,70
*	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA. Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	32,05	34,70
*	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA. Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	39,55	42,80
*	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO. Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	45,05	48,70
*	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO. Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana con perno moncone in lega aurea Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	45,05	48,70
*	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO. Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endossei (Per elemento) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	71,10	76,90
*	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	131,70	142,45
*	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] (Per arcata) Incluso: Eventuali attacchi di precisione Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	N	83,00	89,75
*	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA. Rimovibile o fissa (Per elemento) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	17,95	17,95
I*	23.43.6	PLACCA DI SVINCOLO PLACCA DI RIPOSIZIONAMENTO MANDIBOLARE. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	31,95	31,95
I*	23.43.7	CONFEZIONAMENTO MODELLO ARCADE DENTARIE. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	34,90	34,90

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 35 ODONTOSTOMATOLOGIA-MAXILLOFACCIALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
*	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA. Molaggio selettivo dei denti (Per seduta) Condizioni di vulnerabilità sanitaria in caso di sindrome algica e disfunzionale dell'ATM	1	17,95	17,95
*	23.5	IMPIANTO DI DENTE. Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	11,85	12,80
*	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA. Impianto dentale endosoeseo 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	83,00	89,75
*	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO. Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	38,45	38,45
*	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO. Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	58,95	58,95
I*	23.71.3	MEDICAZIONI INTERMEDIE NELLE CURE CANALARI. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	2	4,15	4,15
*	23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	45,05	48,70
*	24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	1	30,80	30,80
	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA.	N	14,25	15,40
	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO.	N	14,25	15,40
*	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]. Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante) 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	64,05	64,05
	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA. Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	N	28,45	30,80
*	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI. Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante) Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	25,65	25,65
*	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso alveoloplastica. Per emiarcata Condizioni di vulnerabilità sanitaria	N	21,30	23,05
	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI.	N	45,05	48,70
*	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. (Per anno) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	176,55	176,55
*	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. (Per anno) Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	176,55	176,55
*	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI. Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno) Condizioni di vulnerabilità sanitaria in caso di sindrome algica e disfunzionale dell'ATM	1	176,55	176,55
*	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO. Condizioni di vulnerabilità sanitaria e sociale	1	33,05	33,05
I*	24.80.2	RIMOZIONE FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI. 0-14 anni. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	15,90	15,90
	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA.	N	19,90	21,55
E	25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA.. Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	N	14,95	16,15
	25.92	FRENULOTOMIA LINGUALE. Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	N	14,95	16,15
	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	N	19,90	21,55
	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE.	N	14,95	16,15

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 35 ODONTOSTOMATOLOGIA-MAXILLOFACCIALE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE.	N	14,95	16,15
	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO.	N	14,25	15,40
	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO.	N	14,25	15,40
E	27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	N	14,25	15,40
HI	27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI O TESSUTO DEL PALATO OSSEO.	2	63,30	63,30
	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE. Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	N	14,95	16,15
HIE	27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO.	2	63,30	63,30
E	27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE.	N	19,90	21,55
	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO.	N	19,90	21,55
	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA.	N	19,90	21,55
	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE. Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	N	14,95	16,15
	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE. Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	N	22,15	23,95
H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI. Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	N	100,10	108,25
	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE. Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	N	19,90	21,55
E	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	N	26,30	28,45
E	87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE.	1	6,80	6,80
I	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLOFACCIALE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA o MAXILLOFACCIALE.	g	20,50	20,50
*	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO. Condizioni di vulnerabilità sanitaria; e da 0-14 anni	1	10,70	10,70
*	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	1	4,25	4,25
	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE. Per seduta	1	6,45	6,45
	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Condizioni di vulnerabilità sanitaria	1	7,10	7,10
	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE.	N	8,55	9,25
	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI. Condizioni di vulnerabilità sanitaria.	1	14,80	14,80
	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte. Condizioni di vulnerabilità sanitaria.	1	14,80	14,80

Conteggio prest.: 70

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) Asportazione di neuroma periferico Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	N	52,15	56,40
HIEA	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.000,00	1.000,00
HIEA	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	g	1.645,55	1.645,55
HIEA	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.645,55	1.645,55
	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	N	28,45	30,80
	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	N	28,45	30,80
HIA	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO [PIEDE]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.645,00	1.645,00
	78.7	OSTEOCLASIA. Manuale o strumentale	N	19,90	21,55
H	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA.	N	52,70	57,00
H	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	N	52,70	57,00
H	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA. Braccio NAS	N	52,70	57,00
H	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Mano NAS	N	52,70	57,00
H	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	N	42,15	45,60
H	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Piede NAS	N	52,70	57,00
H	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA.	N	52,70	57,00
H	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA.	N	36,85	39,85
H	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA.	N	36,85	39,85
H	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO.	N	36,85	39,85
H	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO.	N	36,85	39,85
H	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO.	N	36,85	39,85
HIA	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.158,80	1.158,80
	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Biopsia aspirativa	N	42,70	46,20
HIA	80.61	ARTROSCOPIA CHIRURGICA. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	2.005,00	2.005,00
HIA	80.74	SINOVIECTOMIA DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO. Se effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.134,00	1.134,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIA	81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.134,00	1.134,00
HIA	81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	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	g	1.645,55	1.645,55
HIA	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	2	1.645,55	1.645,55
E	81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	N	28,45	30,80
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
HIEA	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	N	19,90	21,55
	83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	N	28,45	30,80
IHEA	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
HIEA	86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo.	2	1.448,00	1.448,00
E	88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO.	N	42,15	45,60
E	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione Colordoppler.	N	28,95	34,15
I	89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	g	20,50	20,50
E	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA.	N	7,90	8,55
IE	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Manipolazione della colonna vertebrale (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	g	14,50	15,70
IE	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI. Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	g	9,05	9,80
	93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	N	7,40	8,00
	93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. - Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcina	N	11,60	12,55
	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO. Escluso: Minerva gessata (93.52)	N	31,60	34,15
	93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA.	N	31,60	34,15
	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	N	31,60	34,15
	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE. antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	N	7,90	8,55
	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO.	N	13,85	15,00
	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO. toraco brachiale, femoro-podalico	N	25,70	27,80
	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO. braccio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	N	19,30	20,85
	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO. antibrachio-metacarpale	N	12,85	13,90
	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO. femoro-tibiale	N	23,15	25,05
	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO POLSO, MANO, PIEDE.	N	11,85	12,80
	93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER. per dito della mano o del piede	N	5,95	6,45
E	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE.	N	3,95	4,25
	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO FEMORO-PODALICO.	N	25,70	27,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO.	N	21,80	23,55
E	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO.	N	7,90	8,55
	93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA.	N	13,85	15,00
	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ.	N	21,80	23,55
	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO. Desault, So-Bar	N	17,80	19,25
	97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI.	N	9,90	10,70
	97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA.	N	9,90	10,70
I	97.89.1	RIMOZIONE DI TRAZIONE.	2	31,05	31,05
I	97.89.2	RIMOZIONE DI MEZZI DI SINTESI.	2	73,85	73,85
IR*	98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, tendiniti degenerative della spalla con o senza calcificazioni. Per seduta. Fino ad un massimo di 4 sedute, non ripetibili entro un anno.	2	60,00	60,00
	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO.	N	7,90	8,55

Conteggio prest.: 82

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI (Prelievo ovociti).	N	89,55	96,90
H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	N	43,00	46,50
	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE. Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)	N	22,15	23,95
	67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA.	N	95,00	95,00
	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPIA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a 70.21	N	27,80	30,05
	67.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CERVICE. mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	N	37,95	41,05
	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO. Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	N	37,95	41,05
	68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO.	N	95,00	95,00
	68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1	N	30,35	32,80
HIA	68.16.Z	BIOPSIA DELL' UTERO CON DILATAZIONE DEL CANALE CERVICALE. se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	945,00	945,00
HI	68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI A GUIDA ISTEROSCOPICA - La prestazione sostituisce cod.68.29.1.	g	51,30	51,30
HI	68.29.3	MIOMECTOMIA PER VIA VAGINALE MEDIANTE TORSIONE. La prestazione sostituisce cod.68.29.1.	g	51,30	51,30
HIA	69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL' UTERO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	945,00	945,00
	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.).	N	13,15	14,25
HR	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE. Intracervicale e intrauterina (IAO)	N	110,80	110,80
HR	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE.	N	13,15	14,25
HIR*	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI/FIV). Incluso coltura	2	600,00	600,00
HIR*	69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	2	100,00	100,00
HIR*	69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Escluso per via laparoscopica	2	200,00	200,00
HIR*	69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso per via laparoscopica	2	200,00	200,00
	70.11.1	IMENOTOMIA.	N	25,30	27,35
	70.21	COLPOSCOPIA. Incluso vulvosopia Non associabile a 67.19.1	N	10,95	11,85
	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI. Con eventuale puntura esplorativa	N	20,25	21,90
	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPIA. Non associabile a. 70.21	N	25,30	27,35
E	70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. compresi condilomi vaginali	N	30,35	32,80
	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE CON O SENZA VULVOSCOPIA. Non associabile a 70.21	N	20,25	21,90
H	71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO.	N	25,30	27,35
E	71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 e 67.33	N	20,25	21,90

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE. Laserterapia per fatti distrofici	N	30,35	32,80
H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI.	N	89,55	96,90
H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE.	N	79,00	85,45
H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA.	N	63,20	68,40
HR	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE.	N	89,55	96,90
	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA.	N	16,75	18,10
H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA. Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale, Tamponamento cervico-vaginale a scopo emostatico	N	31,60	34,15
E	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	N	51,10	55,30
E	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA.	N	36,85	39,85
E	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1. Minimo 4 sedute	N	23,45	25,40
E	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N	31,60	34,15
IE*	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza. Non associabile a 88.75.1	g	129,10	129,10
E	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	N	44,25	47,85
I	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA - Sostituisce 89.26. Incluso: eventuale addestramento all'uso del diaframma vaginale, eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.3, 91.48.4	g	20,50	20,50
I	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, prelievo citologico	g	14,25	14,25
I	89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Non associabile a 89.26.1 - Sostituisce 89.26.	g	20,50	20,50
I	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO non associabile al codice 89.26.2.	g	14,25	14,25
E	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	N	125,00	135,20
	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE.	N	9,90	10,70
	96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE.	N	9,90	10,70
	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO.	N	9,90	10,70
	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE. Incluso: Isteroscopia Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	N	23,95	25,90
	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE.	N	10,25	11,10
	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55

Conteggio prest.: 52

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 38 OTORINOLARINGOIATRIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	N	11,60	12,55
	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO.	N	13,05	14,10
	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione. Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di Cerume (96.52)	N	14,50	15,70
	20.0	MIRINGOTOMIA.	N	20,30	21,95
	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA.	N	55,35	59,85
	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO.	N	22,15	23,95
	20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE.	N	9,25	10,00
	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione	N	12,90	13,95
	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE.	N	12,90	13,95
H	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE).	N	23,70	25,65
	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. (Cura completa)	N	16,60	17,95
	21.22	BIOPSIA DEL NASO.	N	22,15	23,95
	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE.	N	22,15	23,95
	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	N	22,15	23,95
	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	N	22,15	23,95
	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	N	22,15	23,95
E	25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA.. Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	N	14,95	16,15
E	27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	N	14,25	15,40
E	27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE.	N	19,90	21,55
	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA.	N	9,95	10,75
HI	27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA.	2	63,30	63,30
HI	27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI DELL'UGOLA. Escluso riparazioni	2	63,30	63,30
	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE.	N	19,90	21,55
	29.12	BIOPSIA FARINGEA.	N	19,90	21,55
HI	29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS).	2	63,30	63,30
	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA. Laringoscopia a fibre ottiche	N	27,65	29,90
	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA. Incluso: Anestesia	N	7,10	7,70
	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA.	N	21,30	23,05
	31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	N	24,95	27,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 38 OTORINOLARINGOIATRIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO.	N	13,15	14,25
	31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE.	N	23,10	24,95
IH	31.93.1	SOSTITUZIONE PROTESI FONIATORIA. Escluso protesi	2	38,25	38,25
HI	31.94.1	INIEZIONE SOSTANZE ISPESENTI NELLA PARETE FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA.	2	146,80	146,80
HIE	86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA.	2	12,55	12,55
I	89.01.H	VISITA ORL DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
	89.12	RINOMANOMETRIA.	N	14,25	15,40
E	89.17	POLISONNOGRAFIA. Diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	N	142,25	153,85
	89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA].	N	9,50	10,30
	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA.	N	7,60	8,20
I	89.7B.8	PRIMA VISITA ORL. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	g	20,50	20,50
E	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	N	8,95	9,65
	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. (Ciclo di dieci sedute)	N	1,60	1,70
E	95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO. [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	N	18,60	20,10
	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO.	N	26,50	28,65
	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	N	9,95	10,75
	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE.	N	9,95	10,75
	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA.	N	21,05	22,80
	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE.	N	12,20	13,20
	95.42	IMPEDENZOMETRIA.	N	8,85	9,55
	95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA.	N	20,50	20,50
	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	N	16,60	17,95
	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Test posizionali o rilievo segni spontanei	N	16,60	17,95
	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	N	33,20	35,95
	95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI.	N	16,60	17,95
	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS.	N	13,15	14,25
	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO. Audiometria tonale protesica Audiometria vocale protesica Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	N	12,20	13,20
	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO.	N	9,95	10,75
	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU.	N	12,55	13,55
	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO.	N	24,15	26,10
	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI.	N	19,90	21,55
	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO. Irrigazione con rimozione di cerume	N	7,90	8,55

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 38 OTORINOLARINGOIATRIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IH	96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA.	2	38,25	38,25
I	97.01	SOSTITUZIONE DI TUBO NASOGASTRICO O PER ESOFAGOSTOMIA.	2	28,70	28,70
I	97.23	SOSTITUZIONE DI CANULA PER TRACHEOSTOMIA.	2	63,80	63,80
	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE.	N	8,55	9,25
	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE.	N	8,55	9,25
	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	N	15,45	16,70
	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	N	15,45	16,70

Conteggio prest.: 68

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 40 PSICHIATRIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	89.01.M	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA.	N	9,90	10,70
E	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test di sviluppo psicomotorio..	N	15,80	17,10
E	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	N	5,95	6,45
E	94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].	N	5,95	6,45
E	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.	N	5,95	6,45
E	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI.	N	5,95	6,45
	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'.	N	7,90	8,55
	94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE.	N	5,95	6,45
	94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING.	N	5,95	6,45
	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO.	N	19,75	21,35
	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA.	N	20,50	20,50
	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE.	N	19,75	21,35
	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE. Per seduta	N	23,70	25,65
	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	N	9,90	10,70

Conteggio prest.: 15

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 43 UROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. -Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	N	63,20	68,40
IE	55.93	REVISIONE O SOSTITUZIONE DI CATETERE PIELOSTOMICO O NEFROSTOMICO.	2	102,15	102,15
H	56.31	URETEROSCOPIA. Con strumento flessibile	N	74,15	80,20
H	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico	N	27,80	30,05
	57.32	URETEROCISTOSCOPIA. Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a 59.8	N	46,35	50,15
	57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA.	N	211,15	211,15
	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA.	N	57,95	62,65
	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	N	57,95	62,65
H	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA. Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	N	195,80	195,80
	57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso lavaggio vescicale	N	9,30	10,05
	58.22	URETROSOCPIA.	N	27,80	30,05
H	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA.	N	39,40	42,65
H	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	N	39,40	42,65
H	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE.	N	89,55	96,90
H	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA. Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	N	39,40	42,65
	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE. Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	N	34,80	37,65
	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. (Per seduta)	N	10,45	11,30
H	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO.	N	39,40	42,65
H	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	N	23,15	25,05
	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO. Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico	N	27,80	30,05
E	60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	N	49,25	53,25
HE	60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	N	63,20	68,40
	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA. Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	N	27,80	30,05
	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE. Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	N	17,70	19,15
	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	N	17,70	19,15
HE	62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	27,80	30,05
	63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	N	15,15	16,40

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 43 UROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI.	N	89,55	96,90
HIEA	63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.300,00	1.300,00
HIEA	64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA. Se eventualmente effettuati sono inclusi: Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.065,00	1.065,00
	64.11	BIOPSIA DEL PENE.	N	20,25	21,90
	64.19.1	BALANOSCOPIA.	N	6,30	6,80
E	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	N	30,35	32,80
	64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE.	N	18,95	20,50
	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE.	N	20,25	21,90
E	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	N	51,10	55,30
E	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a cod. 88.79.E	N	31,60	34,15
E	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione color Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N	79,00	85,45
I	89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomica e/o ureterale	g	14,25	14,25
	89.22	CISTOMETROGRAFIA. Cistomanometria	N	56,90	61,55
	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE.	N	23,70	25,65
	89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA).	N	11,85	12,80
	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE.	N	11,85	12,80
I	89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	g	20,50	20,50
E	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25).	N	13,70	14,80
E	96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESICALI. Escluso farmaco	N	9,90	10,70
	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE. Incluso: Uretroscopia	N	36,50	39,45
	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE.	N	7,90	8,55
HI	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE Prima seduta. Incluso: Visita anestesiologicala, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2.	g	774,70	774,70
HI	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.	g	560,75	560,75
HI	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	g	560,75	560,75
I*	98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica. Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	2	33,70	33,70
	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE.	N	6,60	7,10

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 43 UROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE.	N	6,60	7,10
	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso:eventuale training per la somministrazione. Escluso il farmaco	N	7,90	8,55
	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE.	N	7,90	8,55
	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO.	N	5,95	6,45

Conteggio prest.: 57

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 52 DERMOSIFILOPATIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	N	60,50	65,40
	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE.	N	7,90	8,55
E	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	N	30,35	32,80
E	70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. compresi condilomi vaginali	N	30,35	32,80
E	71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 e 67.33	N	20,25	21,90
E	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE. Laserterapia per fatti distrofici	N	30,35	32,80
E	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	N	14,25	15,40
	86.19.1	ELASTOMETRIA.	N	4,40	4,80
	86.19.2	SEBOMETRIA.	N	4,40	4,80
	86.19.3	CORNEOMETRIA.	N	5,85	6,35
	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL).	N	7,35	7,95
E	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	N	7,35	7,95
E	86.25	DERMOABRASIONE. Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	N	17,40	18,80
	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA.. Per seduta	N	13,05	14,10
	86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO. (Per seduta)	N	13,05	14,10
	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. (Per seduta)	N	13,05	14,10
HI	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER.	2	22,45	22,45
HI	86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA.	2	22,45	22,45
HE	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	N	28,95	31,30
I	89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA.	N	18,95	20,50
I	89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO - Sostituisce 89.39.1 - 89.39.2.	g	60,10	60,10
I	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA. Incluso: Osservazione in epiluminescenza	g	20,50	20,50
	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE.	N	6,15	6,65
	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] (fino a 25 allergeni). (per singolo allergene)	N	5,70	6,20
	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST].	N	4,75	5,15
E	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test). Fino a 7 allergeni.	N	11,85	12,80
E	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. (Fino a 20 allergeni). (per singolo allergene).	N	2,10	2,10

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 52 DERMOSIFILOPATIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HE	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA. (Fino a 12 allergeni).	N	23,70	25,65
HIR	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI. Per singola dose	2	98,70	98,70
*	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per seduta (ciclo di sei sedute). Limitatamente alle seguenti patologie: 1) malattie linfoproliferative della cute; 2) Psoriasi di grado moderato non responsiva a terapia topica; 3) Vitiligine; 4) Eczemi; 5) Prurigo; 6) altre malattie infiammatorie cutanee responsive alla fototerapia; 7)desensibilizzazione di alcune fotodermatosi. Prima dell'inizio della terapia è necessario effettuare il dosaggio degli ANA ed escludere la presenza di eventuali patologie fotomodulate e fotoaggravate	N	9,00	9,70

Conteggio prest.: 31

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	N	28,45	30,80
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
I	89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE.	g	20,50	20,50
	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE. Con scala psico-comportamentale	N	13,15	14,25
	93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA. Con scala psico-comportamentale	N	7,90	8,55
E	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE. Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)	N	7,90	8,55
E	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI. Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	N	7,90	8,55
E	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE.	N	7,90	8,55
E	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA.	N	7,90	8,55
	93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare generale	N	11,85	12,80
	93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare segmentario	N	7,90	8,55
	93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	N	19,75	21,35
	93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	N	11,05	11,95
	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE.	N	13,70	14,80
	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO. Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile al 93.05.5.	N	8,15	8,85
	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA. Eseguito con apposito strumentario.	N	9,90	10,70
E*	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]. Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo. Prestazione riservata solo a esenti per patologia cronica dove prevista. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V, 93.08.Z e 99.29.9	N	10,55	11,40
E	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA.	N	10,55	11,40
E	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA. Analisi quantitativa. Con esame ad ago	N	10,55	11,40
E	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25).	N	13,70	14,80
E	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	N	10,55	11,40
IEA	93.08.S	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO SUPERIORE COMPLETO. Non associabile a cod. 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	125,40	125,40
IEA	93.08.T	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] ARTO INFERIORE COMPLETO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	114,00	114,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IEA	93.08.V	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] FACCIALE E TRIGEMINALE COMPLETO. Monolaterale. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2, 95.25, POLISONNOGRAFIA (89.17) e 99.29.9.	g	79,80	79,80
IEA	93.08.Z	STUDIO NEUROFISIOLOGICO [ELETTROMIOGRAFICO] DEL TRONCO. Non associabile a 93.08.1, 93.08.5, 93.09.1, 93.09.2 e 99.29.9.	g	79,80	79,80
E	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	N	10,55	11,40
E	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo. Non associabile a cod. 93.08.S, 93.08.T, 93.08.V e 93.08.Z.	N	10,55	11,40
	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO. Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	N	5,50	5,95
I	93.12.1	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA SEMPLICE - SOSTITUISCE PREST. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3, 93.11.4. Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	g	10,55	11,40
I	93.12.2	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA COMPLESSA - SOSTITUISCE PREST. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3 E 93.11.4. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	g	21,05	22,80
IE	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Manipolazione della colonna vertebrale (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	g	14,50	15,70
IE	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI. Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	g	9,05	9,80
	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	11,60	12,55
	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	3,45	3,75
I	93.19.3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - SOSTITUISCE PREST. 93.19.1. Per seduta individuale di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	g	10,55	11,40
I	93.19.4	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - SOSTITUISCE PREST. 93.19.2. Per seduta collettiva di 20 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	g	3,00	3,20
	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO. Incluso: Addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	N	13,15	14,25
I	93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione.	g	49,40	53,45
I	93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA.	g	117,30	117,30
	93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI.	N	8,10	8,75
I	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA. Radiazione infrarossa, radiazione ultravioletta. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	g	2,30	2,30
	93.35.3	PARAFFINOTERAPIA. Bagno paraffinico per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	2,35	2,55
I	93.35.5	CRIOTERAPIA STRUMENTALE. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	g	4,25	4,60
E	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.	N	19,50	21,10
E	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	N	125,00	135,20
*	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Diadinamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	4,25	4,25
E*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	6,80	6,80
	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso Viso	N	5,25	5,65
	93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	4,25	4,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	93.39.8	MAGNETOTERAPIA. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	2,65	2,85
*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA. Con testina fissa e ad immersione Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1	3,45	3,45
I	93.40.1	MASSOTERAPIA CONNETTIVO RIFLESSOGENA - SOSTITUISCE prest. 93.39.1. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	19,35	19,35
I	93.40.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO - SOSTITUISCE PREST. 93.39.2. (Ciclo di 10 sedute di 45 minuti ciascuna)	1	22,80	22,80
I*	93.40.3	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Interferenziale, galvanica Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	5,15	5,15
I*	93.40.4	ULTRASONOTERAPIA. Con testina mobile Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1	5,65	5,65
E	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO.	N	7,90	8,55
IE	93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - SOSTITUISCE PREST. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fono-articolari funzionali e organici periferici (con test somministrati) Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dislessia, dislalia, balbuzie, disartria e funz. corticali sup.	g	38,20	41,35
I	93.71.8	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA INDIVIDUALE - SOSTITUISCE PREST. 93.71.1, 93.71.3 E 93.72.1 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fono-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria, dist. cort. sup paz. grav. dis. Seduta 60' (ciclo 10 sedute)	g	26,30	28,45
I	93.71.9	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA COLLETTIVA - SOSTITUISCE PREST. 93.71.2, 93.71.4 E 93.72.2 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fono-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria con/sen aus, dist. cort. sup. sed 60' x 5 pazienti. Per paziente (Ciclo 10 sedute)	g	8,40	9,10
	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute.	N	8,55	9,25
	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
	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)	N	8,55	9,25
	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
E	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	N	8,95	9,65
E	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	8,55	9,25
E	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
E	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	N	10,25	11,10
E*	99.29.7	MESOTERAPIA.	1	7,40	7,40
EA	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA. Intero trattamento. Incluso Visita di Controllo, iniezioni, eventuale EMG. Per seduta terapeutica. Escluso il farmaco	N	96,00	96,00
I*	99.99.2	LASERTERAPIA ANTALGICA. A scansione più manipolo: (ciclo di dieci sedute di 20 minuti ciascuna)	1	8,55	8,55
I*	99.99.3	LASERTERAPIA ANTALGICA - SOSTITUISCE PREST. 99.99.1. (ciclo di 10 sedute di 10 minuti ciascuna)	1	4,60	4,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 58 GASTROENTEROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HI	38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE.	2	28,45	28,45
E	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO. Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	N	46,85	50,65
	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN.	N	14,25	15,40
	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE).	N	83,25	90,05
	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO. Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee	N	51,35	55,55
H	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA. Mediante laser o Argon Plasma - Incluso EGDS cod. 45.13. Escluso biopsia dell'esofago in corso di EGDS cod. 42.24	N	98,55	106,60
HI	42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13).	2	96,00	96,00
HI	42.91	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13).	2	108,80	108,80
I	42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO. Incluso: EGDS (cod. 45.13)	2	114,85	114,85
HI	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA ENDOSCOPICA PEG. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	287,15	287,15
HI	43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA.	2	22,35	22,35
	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA. Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	N	49,80	53,85
	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.	N	79,00	85,45
HI	44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.13	2	118,60	118,60
	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO. Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	N	89,55	96,90
E	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	N	14,25	15,40
HI	44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a 45.13, 44.14.1	2	112,00	112,00
HI	44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	2	187,00	187,00
HR	44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO.	2	1.500,00	1.500,00
HR	44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO.	2	64,85	64,85
E	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	N	57,95	62,65
IR*	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE. Nei casi di sanguinamento occulto, sospetta m.di Crohn digiuno-ileale (con altre indagini non conclusive). Follow-up di sindromi poliposiche. Malattia celiaca refrattaria/sospetto linfoma. Dopo EGDS e PANCOLONSCOPIA negative	2	850,00	850,00
HI	45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA.	2	90,60	90,60
HI	45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA.	2	150,00	150,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 58 GASTROENTEROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	N	61,65	66,65
E	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	N	72,40	78,30
E	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	N	89,55	96,90
	45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA.	N	105,35	113,95
E	45.24	RETTO-SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	N	37,95	41,05
E	45.25	PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA. Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	N	115,85	125,30
IE	45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione Escluso: PANCOLONSCOPIA CON BIOPSIA 45.25	2	52,15	52,15
	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO.	N	76,40	82,65
	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA.	N	42,70	46,20
	45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO.	N	28,45	30,80
	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON.	N	170,70	184,65
HI	45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	2	118,60	118,60
	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	N	98,80	106,85
	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA. Mediante laser Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)	N	105,35	113,95
I	46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO. Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	2	187,00	187,00
E	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. - Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	N	25,55	27,60
	48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO.	N	42,70	46,20
	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE.	N	59,50	64,40
HI	48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA. Non associabile a 48.23, 45.29.5,48.24.1	2	72,50	72,50
HE	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO. Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	N	35,55	38,45
E	49.21	ANOSCOPIA.	N	23,15	25,05
HE	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	N	89,55	96,90
HI	52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA.	2	118,60	118,60
HI	52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA.	2	150,00	150,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 58 GASTROENTEROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro - Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	N	73,75	79,75
IE	88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Color Doppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Color Doppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. La prestazione sostituisce cod. 88.74.3. Incluso eventuale integrazione Color Doppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.9	ECOCOLOR DOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,25	47,85
IE	88.74.A	ECOCOLOR DOPPLER VASI SPLANCNICI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.4. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi.	g	44,25	47,85
E	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	N	105,35	113,95
IE*	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1 e 88.76.1	2	55,30	55,30
I	89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA.	N	68,50	74,10
	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore.	N	94,80	102,55
I	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA.	g	20,50	20,50
IH	97.02.1	POSIZIONAMENTO PEG ENDOSCOPICO (BOTTONE).	2	287,15	287,15
I	97.51.1	RIMOZIONE GASTROSTOMIA (PEG O BOTTONE).	2	22,35	22,35
	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	N	31,90	34,55
	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	N	63,20	68,40
	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	N	30,05	32,50
IE	99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle endoscopie e biopsie in corso di endoscopie, TAC e RM	2	20,00	20,00

Conteggio prest.: 66

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 61 MEDICINA NUCLEARE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IE	89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE. Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	g	20,50	20,50
	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA.	N	45,90	49,65
	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE.	N	47,00	50,85
	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA.	N	42,15	45,60
	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI.	N	183,35	198,35
	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA. (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	65,85	71,25
	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	131,70	142,45
	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI.	N	126,45	136,75
	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	158,05	170,90
I	92.02.6	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) - SOSTITUISCE PREST. 92.02.5, 92.03.5 E 92.15.5. In corso di esame planare, incluso, con unica somministrazione di radiofarmaco	g	70,25	75,95
	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	N	57,95	62,65
	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA (OSBOLETA REGIONALE). In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	N	23,45	25,40
	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	N	130,65	141,35
	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	N	92,20	99,75
	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE.	N	65,20	70,50
	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE.	N	147,50	159,55
	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO.	N	94,80	102,55
	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE.	N	105,35	113,95
I	92.04.6	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO.	2	57,00	57,00
	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO.	N	190,75	206,35
	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	N	68,50	74,10
	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS). Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	N	100,10	108,25
	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	N	131,70	142,45
	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA.	N	91,90	99,40
	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY.	N	110,60	119,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 61 MEDICINA NUCLEARE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	92.05.7	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) DURANTE STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	g	115,85	125,30
I	92.05.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO DOPO STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all'equilibrio, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	g	131,70	142,45
*	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO.	N	1.264,30	1.367,45
	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO.	N	158,05	170,90
	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	N	42,10	45,55
	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO.	N	47,10	50,95
	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA).	N	182,90	197,80
	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA.	N	194,90	210,80
	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO.	N	225,70	244,15
I	92.09.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA GSPET. A completamento di 92.09.2	g	47,20	51,05
	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO.	N	100,10	108,25
	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO.	N	128,80	139,30
	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI.	N	131,70	142,45
	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR.	N	210,75	227,95
	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET).	N	243,60	263,50
*	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio qualitativo	N	958,75	1.037,00
*	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio quantitativo	N	1.422,35	1.538,40
I*	92.11.8	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) QUANTITATIVA. Perfusoria e metabolica, a riposo o a riposo e dopo test da sforzo o farmacologico	g	2.107,15	2.279,10
I*	92.12.9	TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET). PET totale corporea, qualitativa o quantitativa, PET segmentaria, quantitativa	g	1.053,55	1.139,55
	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	N	194,90	210,80
	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA.	N	59,00	63,80
	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA.	N	105,35	113,95
	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE. (6 proiezioni)	N	79,00	85,45
	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA.	N	231,80	250,70
	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusione/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	N	23,45	25,40
	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO.	N	172,85	186,95
	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA.	N	112,70	121,90
	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI.	N	255,50	276,35

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 61 MEDICINA NUCLEARE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE.	N	142,25	153,85
	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI.	N	139,35	150,70
	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	N	310,80	336,20
	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI.	N	948,20	1.025,60
*	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET).	N	1.093,10	1.182,25
I	92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA POLIFASICA CON SCANSIONE TOTALE CORPOREA. Codificare in corso di esecuzione di 92.18.2 SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	g	31,05	33,60
I	92.18.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI.	g	245,95	266,05
I	92.18.9	PET-CT. da codificare in aggiunta alle prestazioni 92.12.9 TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET) 92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) se le indagini sono eseguite con apparecchiatura PET-CT.	g	156,00	156,00
	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE.	N	474,10	512,75
	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE.	N	447,80	484,35
	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI.	N	52,70	57,00
	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA).	N	88,00	95,15
	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY. Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	N	25,30	27,35
I	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	g	263,40	284,90
I	92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON TRACCIANTE IMMUNOLOGICO O RECETTORIALE.	g	895,55	968,60

Conteggio prest.: 69

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 64 ONCOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali	N	52,70	57,00
H	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA. Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	N	63,20	68,40
HIE	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	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
HE	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	N	31,60	34,15
H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	N	63,20	68,40
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
I	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale verifica all'adesione al trattamento farmacologico e consegna di farmaci chemioterapici orali. Escluso il costo dei farmaci	g	14,25	14,25
I	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento.	g	20,50	20,50
E	96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESICALI. Escluso farmaco	N	9,90	10,70
	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	N	9,90	10,70
	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI.	N	11,85	12,80
IA	99.25.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. INCLUDE VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO, ESAMI EMATOCHIMICI, FARMACO. SOSTITUISCE PREST. 99.25.	g	350,00	350,00

Conteggio prest.: 14

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 68 PNEUMOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche-autofluorescenza-Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	N	84,30	91,15
H	33.24	BRONCOSCOPIA CON PRELIEVO BRONCHIALE. con: biopsia bronchiale brushing, washing BAL	N	131,70	142,45
I	89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
E	89.17	POLISONNOGRAFIA. Diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	N	142,25	153,85
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	N	23,70	25,65
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE. [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica].	N	37,95	41,05
	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD).	N	47,45	51,30
	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	N	37,95	41,05
	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO. Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	N	56,90	61,55
	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	N	47,45	51,30
	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE. Escluso: Spirometria	N	23,70	25,65
	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA.	N	23,70	25,65
	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO.	N	23,70	25,65
	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA.	N	47,45	51,30
	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO.	N	23,70	25,65
	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	N	71,10	76,90
	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSIDIAFRAMMATICHE.	N	47,45	51,30
	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI.	N	23,70	25,65
	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1.	N	23,70	25,65
	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO. ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	N	85,30	92,25
	89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST].	N	56,90	61,55
E	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA. Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico.	N	13,95	15,10
	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	N	18,95	20,50
	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE. Test dell' ipossia	N	18,95	20,50
	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2.	N	18,95	20,50
	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA.	N	9,50	10,30
	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE.	N	18,95	20,50
E	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO.	N	18,95	20,50

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 68 PNEUMOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	g	20,50	20,50
	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE. Per seduta	N	5,95	6,45
	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE. Drenaggio posturale Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	8,35	9,05
	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	N	7,90	8,55
	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE.	N	18,85	20,40

Conteggio prest.: 33

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	06.01	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA NELLA REGIONE TIROIDEA.	N	62,70	67,80
E	06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE.	N	62,70	67,80
HE	34.91.1	TORACENTESI. TC-guidata	N	168,55	182,30
E	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	N	60,50	65,40
E	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA.	N	106,70	115,40
HE	50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	N	158,05	170,90
HIE	50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia con mezzo di contrasto.	g	170,90	170,90
HIE	50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO - La prestazione sostituisce cod.50.91. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto.	g	170,90	170,90
HE	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	N	89,55	96,90
HE	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	N	89,55	96,90
HIE	54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	2	112,00	112,00
HE	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	N	131,70	142,45
IE	55.93	REVISIONE O SOSTITUZIONE DI CATETERE PIELOSTOMICO O NEFROSTOMICO.	2	102,15	102,15
E	60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	N	49,25	53,25
HE	60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	N	63,20	68,40
HIEA	63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione di punti, visite di controllo.	2	1.300,00	1.300,00
E	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI.	N	48,35	52,30
E	85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	N	37,95	41,05
IE	85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA.	2	454,70	454,70
IE	85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI.	2	562,10	562,10
IE	85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT.	2	403,00	403,00
E	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Eco-guidata	N	37,95	41,05
	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbita (87.03.C)	N	84,80	87,25
	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MDC(87.03.D)	N	173,85	185,05
	87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	N	91,15	98,60

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Branchia specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]. In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	N	144,90	156,75
	87.03.5	TC DELL' ORECCHIO. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	N	137,00	148,20
	87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC. [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	N	184,35	199,35
	87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	N	84,80	91,85
	87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC. [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	N	136,45	178,90
	87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialo-Tc	N	84,80	91,75
I	87.03.A	TC SELLA TURCICA. (studio selettivo)	g	84,80	91,75
I	87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. (studio selettivo)	g	173,85	188,05
I	87.03.C	TC ORBITE. (studio selettivo)	g	84,80	91,75
I	87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC. (studio selettivo)	g	173,85	188,05
I	87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	g	58,55	58,55
I	87.03.F	TC DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]. La prestazione sostituisce cod. 87.03.4.	g	105,35	113,95
	87.04.1	RX LARINGE CON STRATIGRAFIA. Esame diretto e in fase dinamica	N	31,60	34,15
H	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA.	N	86,90	94,00
	87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	N	31,05	33,60
	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	N	55,85	60,40
	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	47,45	51,30
	87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto (2 proiezioni) di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia delle ghiandole salivari codificare anche 88.90.1	N	15,55	16,80
	87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	N	67,95	73,50
	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	N	10,55	11,40
	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	N	9,50	10,30
E	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	N	26,30	28,45
	87.11.4	STRATIGRAFIA DELLE ARCADE DENTARIE.	N	24,75	26,80
	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	N	10,55	11,40
E	87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE.	1	6,80	6,80
	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	N	68,50	74,10
	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Bilaterale Incluso: esame diretto	N	86,40	93,45

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	N	27,40	29,65
	87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica.	N	45,30	49,00
I	87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.16.1.	g	15,30	16,55
I	87.16.7	RX EMIMANDIBOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.16.1.	g	15,30	16,55
	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA. (2 proiezioni)	N	15,55	16,80
	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI. (2 proiezioni)	N	17,65	19,10
I	87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO - La prestazione sostituisce cod. 87.17.1. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento.	g	26,30	28,45
	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE. (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	N	34,20	36,95
	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	N	34,20	36,95
	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	N	34,20	36,95
	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA. (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	N	73,75	79,75
	87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE.	N	69,50	75,20
IA	87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifasico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	g	89,55	96,90
	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	N	35,55	38,45
	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	N	23,45	25,40
	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA.	N	32,65	35,30
	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA. (Minimo 2 radiogrammi)	N	55,35	59,85
	87.41	TC DEL TORACE. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	N	115,85	125,30
	87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC. [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	N	210,75	227,95
	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE. Tomografia bilaterale polmonare	N	50,05	54,15
	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE. Tomografia monolaterale polmonare	N	35,30	38,15
	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO.	N	40,85	44,20
	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA. (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	N	34,20	36,95
I	87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	g	16,30	17,65
I	87.43.4	RX DELLO STERNO. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	g	16,30	17,65
I	87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA. La prestazione sostituisce cod. 87.43.2.	g	16,30	17,65
	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	N	23,70	25,65

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO. (4 proiezioni)	N	32,15	34,80
	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA. (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1	N	15,30	16,55
	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA. Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	N	70,05	75,75
H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE.. Incluso esame diretto	N	45,30	49,00
	87.59.1	COLECISTOGRAFIA. Incluso: esame diretto e prova di Bronner	N	51,10	55,30
	87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	N	71,90	77,80
	87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	N	51,10	55,30
	87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO.	N	38,20	41,35
	87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO MDC.	N	48,20	52,15
	87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a 87.61, 87.62, 87.62.1, 87.62.2, 87.63, 87.64.1, 87.65.1, 87.65.2, 87.65.3	N	60,60	65,50
	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON MDC SINGOLO.	N	46,35	50,15
I	87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE. La prestazione sostituisce cod. 87.64.	g	30,55	33,00
	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE.	N	52,70	57,00
	87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO MDC.	N	93,50	101,15
	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO MDC (con enteroclisi).	N	143,80	155,55
H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO. Wirsungrafia	N	60,85	65,85
I	87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE. La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	g	69,80	69,80
I	87.69.3	DEFECOGRAFIA - La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	g	69,80	69,80
I	87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA. La prestazione sostituisce cod. 87.69.1.	g	69,80	69,80
	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo, pelvi, vescica.	N	96,95	104,90
	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON MDC. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo, pelvi, vescica.	N	221,25	239,30
	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE. Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto	N	34,20	36,95
	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	N	158,05	170,90
H	87.74.1	PIEOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	70,05	75,75
H	87.74.2	PIEOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	93,80	101,45
	87.75.1	PIEOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE.. Incluso: esame diretto	N	44,25	47,85
H	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE.	N	67,40	72,90
	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE.	N	54,75	59,25
	87.77	CISTOGRAFIA. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	49,25	53,25

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	70,05	75,75
	87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO. Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	N	34,20	36,95
	87.79.1	URETROGRAFIA. (3 radiogrammi)	N	44,80	48,45
	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	110,60	119,60
IH	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMFIA. non associabile alla prestazione 87.83 e 87.83.2	2	68,00	68,00
I	87.83.2	ISTEROSONOGRAMFIA. non associabile a 87.83.2	2	49,00	49,00
	87.89.1	COLPOGRAFIA. (4 radiogrammi)	N	56,90	61,55
	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE.	N	73,75	79,75
	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA.	N	75,35	81,50
	88.01.1	TOMOGRAMFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE.. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. Non associabile a cod.88.01.2	N	90,05	97,40
	88.01.2	TOMOGRAMFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	N	210,75	227,95
	88.01.3	TOMOGRAMFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4	N	90,05	97,40
	88.01.4	TOMOGRAMFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	N	210,75	227,95
	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3	N	117,45	127,05
	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod.88.01.2 e cod. 88.01.4	N	263,40	284,90
I	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi) CON E SENZA MDC. Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a 88.01.1 e 88.01.2	g	210,75	220,80
I	88.01.9	TC COLON, SENZA E CON 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	g	210,75	227,95
I	88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	g	210,75	227,95
	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME. (4 radiogrammi)	N	55,35	59,85
I	88.03.2	FISTOLOGRAFIA.	2	59,85	59,85
	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE.	N	128,50	139,00
	88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO].	N	34,20	36,95
I	88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE.La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.21.2	RX DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.21.3	RX DEL BRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.22.1	RX DEL GOMITO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	g	26,30	28,45
I	88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	g	26,30	28,45

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	88.23.1	RX DEL POLSO. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	g	26,30	28,45
I	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.23.	g	26,30	28,45
	88.25	PELVIMETRIA.	N	17,90	19,35
I	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	g	26,30	28,45
I	88.26.2	RX DELL'ANCA. La prestazione sostituisce cod. 88.26.	g	26,30	28,45
I	88.27.1	RX DEL FEMORE. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	g	26,30	28,45
I	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	g	26,30	28,45
I	88.27.3	RX DELLA GAMBA. La prestazione sostituisce cod. 88.27.	g	26,30	28,45
I	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	g	26,30	28,45
I	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita. La prestazione sostituisce cod. 88.28.	g	26,30	28,45
	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO.	N	30,80	33,35
	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA. (3 proiezioni)	N	26,90	29,10
	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO. [Scheletro per patologia sistemica]	N	263,40	284,90
R	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE.	N	22,90	24,75
H	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO. (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	N	83,75	90,60
	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	N	12,40	13,40
	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO.	N	32,15	34,80
	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	N	55,35	59,85
	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	N	55,35	59,85
	88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE.	N	88,25	95,45
	88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	N	153,80	166,35
I	88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno tre distretti anatomici	2	512,75	512,75
I	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.7 e con 88.38.9	g	115,85	125,30
I	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9.	g	115,85	125,30
I	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. La prestazione sostituisce cod. 88.38.1. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.1, 88.01.3, 88.01.5, 88.38.9	g	115,85	125,30
I	88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a 87.03.8 e 88.38.9	g	210,75	227,95
I	88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a 87.41, 87.41.1, 87.41.2, 88.38.9	g	210,75	227,95
I	88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.2. Incluso eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a 88.01.2, 88.01.4, 88.01.6, 88.38.9	g	210,75	227,95

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	g	115,85	125,30
I	88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	g	115,85	125,30
I	88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. La prestazione sostituisce cod.88.38.3.	g	115,85	125,30
I	88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	g	210,75	227,95
I	88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	g	210,75	227,95
I	88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.38.4.	g	210,75	227,95
	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO. (2 proiezioni)	N	15,80	17,10
I	88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE[articolazione coxo-femorale, femore].La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	g	115,85	125,30
I	88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA .La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	g	115,85	125,30
I	88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. La prestazione sostituisce cod.88.38.6.	g	115,85	125,30
I	88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	g	210,75	227,95
I	88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	g	210,75	227,95
I	88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC.La prestazione sostituisce cod.88.38.7.	g	210,75	227,95
I	88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a 88.41.2 e 88.41.3	2	220,80	220,80
I	88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a88.41.1 e 88.41.3	2	220,80	220,80
I	88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	2	220,80	220,80
H	88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico e origine dei vasi epiaortici	N	288,95	347,85
H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	N	288,95	438,30
I	88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE.	2	220,80	220,80
I	88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a 88.47.1 e 88.47.2	2	220,80	220,80
I	88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a 88.45.1	2	220,80	220,80
I	88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a 88.45 e 88.47.1	2	220,80	220,80
I	88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE E VASI VISCERALI. Non associabile a 88.44.1 e 88.47.2	2	220,80	220,80
I	88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a 88.44.1 e 88.47.1	2	220,80	220,80
H	88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE.	N	288,95	553,30
I	88.48.1	ANGIO TC DEGLI ARTI INFERIORI. Inclusa l'aorta addominale sottorenale. Non associabile a 88.47.1	2	220,80	220,80
I	88.49.2	ANGIO TC DEGLI ARTI SUPERIORI.	2	220,80	220,80
H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare	N	269,20	291,15
H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA.	N	100,10	108,25
H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE.	N	261,85	283,20

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE.	N	261,85	283,20
H	88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE.	N	251,30	271,80
H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE.	N	251,30	271,80
H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE.	N	251,30	271,80
H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA. Bilaterale	N	261,85	283,20
I	88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA.	2	271,80	271,80
H	88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE.	N	251,30	271,80
H	88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DELL'ARTO INFERIORE.	N	290,80	314,55
E	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	N	31,90	34,55
E	88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO.	N	50,05	54,15
E	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Escluso ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	N	28,95	31,30
E	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia mono e bidimensionale. Non associabile a 88.72.2; 88.72.3	N	52,70	57,00
E	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a 88.72.1; 88.72.3	N	94,80	102,55
HE	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a 88.72.1; 88.72.2	N	105,35	113,95
E	88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE.	N	42,15	45,60
HIE	88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a 88.72.1, 88.72.2	2	113,95	113,95
	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	N	36,60	39,55
	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare.	N	21,55	23,30
	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE.	N	36,60	39,55
	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA.	N	31,35	33,90
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi.	N	44,80	48,45
I	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI.	g	37,75	37,75
IE	88.73.Z	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari, succlavie, vene anonime.	g	44,80	48,45
E	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retro - Incluso eventuale elastometria epatica. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1	N	73,75	79,75
IE	88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Color Doppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.74.2. Incluso eventuale integrazione Color Doppler	g	44,25	47,85
IE	88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. La prestazione sostituisce cod. 88.74.3. Incluso eventuale integrazione Color Doppler	g	44,25	47,85

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IE	88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,25	47,85
IE	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.4. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi.	g	44,25	47,85
	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	N	63,20	68,40
E	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	N	51,10	55,30
E	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	N	105,35	113,95
IE	88.76.3	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso vasi viscerali. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	g	32,65	35,30
I	88.76.4	ECOCOLORDOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI SENZA E CON MDC. Escluso vasi viscerali.	g	64,25	64,25
IE	88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. La prestazione sostituisce cod. 88.76.2.	g	32,65	35,30
I	88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MDC.	g	64,25	64,25
E	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	N	25,30	27,35
IE	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
IE	88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. La prestazione sostituisce cod.88.77.2. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,80	48,45
E	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA.	N	36,85	39,85
E	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1. Minimo 4 sedute	N	23,45	25,40
E	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA. con sonda addominale o transvaginale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N	31,60	34,15
IE*	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza. Non associabile a 88.75.1	g	129,10	129,10
E	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli - per singolo distretto - Inclusa eventuale integrazione Color Doppler.	N	28,95	34,15
E	88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO.	N	42,15	45,60
E	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione Color Doppler.	N	28,95	34,15
	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE.	N	51,60	55,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE.	N	31,60	34,15
E	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso testicoli e annessi testicolari. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a cod. 88.79.E	N	31,60	34,15
E	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	N	44,25	47,85
E	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	N	79,00	85,45
I	88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o diastasi muscolare. Incluso eventuale integrazione colordoppler	2	36,00	36,00
I	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA - Sostituisce 88.75.3 -. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a 88.79.5	g	65,20	70,50
I	88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a cod. 88.79.6	2	36,00	36,00
I	88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso eventuale integrazione colordoppler	2	85,45	85,45
I	88.79.G	ECOGRAFIA PROSTATICA TRANSRETTALE. Incluso ecografia dell'addome inferiore. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1 e 88.76.1	2	85,45	85,45
I	88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color doppler.	2	56,65	56,65
I	88.79.J	MDC ECOGRAFICO IN CORSO DI ESAME DI BASE. Codificare in caso di somministrazione di MDC Ecografico	2	15,00	15,00
IE*	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1 e 88.76.1	2	55,30	55,30
	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE. Scheletro in toto e colonna	N	25,80	27,90
	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	N	25,80	27,90
	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI.	N	25,80	27,90
	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI. Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	N	15,30	16,55
	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE. Spazio intersomatico o metameri aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	N	30,05	32,50
I	88.90.4	RM DI RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC - SOSTITUISCE PREST. 88.90.2.	g	20,55	22,20
	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE.	N	226,55	245,00
	88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC.	N	336,60	364,05
	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	N	200,20	216,55
	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	N	326,60	353,25
	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO.	N	251,30	271,80
	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	N	163,30	176,65

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	N	295,00	319,05
	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO.	N	251,30	271,80
I	88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC.	2	279,15	279,15
I	88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC.	2	279,15	279,15
IR	88.91.Q	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. con tecnica a contrasto di fase	2	271,80	271,80
IR	88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA ASSOCIATA AD ESAME DI BASE.	2	271,80	271,80
IR	88.91.S	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE.	2	319,05	319,05
	88.92	RM DEL TORACE. [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	N	210,75	227,95
	88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC. [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	N	326,60	353,25
	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO.	N	251,30	271,80
	88.92.3	CINE RM DEL CUORE.	N	210,75	227,95
	88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC.	N	326,60	353,25
	88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	N	316,60	342,40
	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA. Mono e/o Bilaterale.	N	163,30	176,65
	88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC - Sostituisce 88.92.7.	N	238,65	258,15
I	88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC.	g	295,00	319,00
I	88.92.B	ANGIO RM CORONARICA.	2	256,80	256,80
I	88.93.2	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO, SENZA E CON MDC.	2	319,05	319,05
I	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20
I	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20
I	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25
I	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25
I	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25
I	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod.88.93.1.	g	226,60	353,25
I	88.93.V	RM DEL RACHIDE CERVICALE. La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20
I	88.93.Z	RM DEL RACHIDE DORSALE.La prestazione sostituisce cod. 88.93.	g	205,45	222,20
I	88.94.4	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO - Sostituita da 88.94.Y - 88.94.Z.			
I	88.94.4	RM DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.94.1. Incluso parti molli, distretto vascolare.	g	181,20	196,00
I	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso parti molli, distretto vascolare La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.1.	g	181,20	196,00
I	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso parti molli, distretto vascolare. La prestazione sostituisce cod.88.94.2.	g	263,40	284,90
I	88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE. La prestazione sostituisce cod.88.94.3.	g	251,30	271,80

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE. La prestazione sostituisce cod. 88.94.3.	g	251,30	271,80
I	88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.94.4.	g	295,00	319,05
I	88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC. La prestazione sostituisce cod. 88.94.4.	g	295,00	319,05
	88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	N	210,75	227,95
	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.7	N	326,60	353,25
	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE.	N	251,30	271,80
	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a cod. 88.95.8.	N	210,75	227,95
	88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso relativo distretto vascolare	N	326,60	353,25
	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE.	N	251,30	271,80
I	88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC.	2	319,05	319,05
I	88.95.8	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC.	2	319,05	319,05
IR	88.95.F	RM FETALE.	2	271,80	271,80
I	88.96.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO. non associabile a 88.95.1, 88.95.4	2	353,25	353,25
I	88.96.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON MDC. non associabile a 88.95.2, 88.95.5	2	547,00	547,00
IR	88.97.3	RM SPETTROSCOPIA.	2	271,80	271,80
IR	88.97.7	RM DIFFUSIONE-PERFUSIONE.	2	271,80	271,80
IR	88.97.8	RM DIFFUSIONE-PERFUSIONE SENZA E CON MDC ASSOCIATA AD ESAME DI BASE.	2	319,05	319,05
I	88.97.A	COLANGIO-WUIRSUNGO RM. - Sostituisce 87.54.2.	g	184,45	199,50
I	88.97.B	COLANGIO-WUIRSUNGO RM. Con stimolo farmacologico	2	299,25	299,25
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	g	299,25	299,25
*	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO. Polso o caviglia	1	18,80	18,80
	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA TOTAL BODY.	N	57,95	62,65
*	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA - TC MONODISTRETTUALE..	1	84,90	84,90
*	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI.	N	15,40	15,40
I*	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA LOMBARE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1	34,80	34,80
I*	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA FEMORALE MONOLATERALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1	34,80	34,80
I*	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA - DXA ULTRADISTALE. La prestazione sostituisce cod. 88.99.2.	1	34,80	34,80
I	89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA.	g	20,50	20,50
	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO.	N	15,80	17,10

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
IE	99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. Associabile alle endoscopie e biopsie in corso di endoscopie, TAC e RM	2	20,00	20,00

Conteggio prest.: 351

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 70 RADIOTERAPIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC.	N	26,30	28,45
	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM.	N	42,15	45,60
IE	85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT.	2	403,00	403,00
I	89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO.	g	14,25	14,25
I	89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso:stesura del piano di trattamento.	g	20,50	20,50
	92.21.1	PLESIO-ROENTGENTERAPIA. Per seduta (ciclo di sei sedute).	N	7,35	7,95
	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	22,15	23,95
	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	26,60	28,75
	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	52,70	57,00
	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	36,55	39,50
	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	52,70	57,00
I	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (fino ad un massimo di 5 sedute)	g	79,00	85,45
I	92.24.5	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	g	73,95	80,00
I	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	g	139,60	151,00
I*	92.24.7	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PRIMA SEDUTA O RADIOCHIRURGIA PER SEDUTA. Sostituisce la 92.24.4	g	806,00	871,80
I*	92.24.8	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE ALLA PRIMA SOSTITUISCE LA 92.24.4. (per seduta)	g	138,70	150,00
	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato (ciclo di cinque sedute)	N	39,15	42,35
*	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Per Linfoma cutaneo a cellule T	N	1.074,60	1.162,30
I	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORI MULTIPLI, BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE E BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI -. Per seduta e per focolaio trattato	g	284,50	307,75
I	92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	g	146,45	158,40
	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR). Per seduta e per focolaio trattato	N	376,15	406,85
I	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Intero trattamento	g	52,70	57,00
	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Fino a 370 MBq	N	68,95	74,55
	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Per ogni 370 MBq successivi	N	14,50	15,70
	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA.	N	183,60	198,60
	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Fino a 185 MBq	N	537,35	581,20

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 70 RADIOTERAPIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Per ogni 185 MBq successivi	N	223,90	242,15
*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE.	N	842,90	911,65
I	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia (intero trattamento)	g	55,35	59,85
	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 trattamento)	N	100,10	108,25
	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	N	131,70	142,45
	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	N	24,35	26,30
	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.4)	N	92,20	99,75
I	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO.	g	11,35	12,25
	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA. (intero trattamento)	N	48,45	52,40
	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. (intero trattamento)	N	103,50	111,95
I	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTENSITA' PER FASCIO. (intero trattamento). Escluso: Schermatura personalizzata (92.29.7)	g	88,65	95,90
I	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con PET-TC (intero trattamento) individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET accoppiata o non con TC	g	399,40	432,00
I	92.29.B	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. di " elevata complessità" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	g	323,60	350,00
I	92.29.C	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. in modalità "inverse planning" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	g	531,60	575,00
I	92.29.E	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 2D.	g	46,25	50,00
I	92.29.F	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 3D.	g	184,90	200,00
I	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER LA 1^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET-UP DEL PAZIENTE. (per ogni singola immagine)	g	46,25	50,00
I	92.29.H	GATING RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	g	81,76	81,76
	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE. Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore	N	67,10	72,60

Conteggio prest.: 45

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 82 ANESTESIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HE	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	N	105,35	113,95
H	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	N	52,70	57,00
H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, infiltrazioni para vertebrali e punti trigger. Escluso: le anestesie per intervento	N	15,80	17,10
HIE	04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	g	105,35	113,95
HE	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	N	79,00	85,45
HE	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	N	131,70	142,45
HIE	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	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
I	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE.	g	14,25	14,25
IE	89.19.3	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
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.	g	20,50	20,50
E*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	6,80	6,80
IR*	93.95.1	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta (durata trattamento ossigeno di 90 minuti). Ciclo di dieci sedute	g	92,20	99,75
IR*	93.95.2	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN EMERGENZA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta	g	368,75	398,85
	94.32	IPNOTERAPIA. Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	N	15,80	17,10
E*	99.29.7	MESOTERAPIA.	1	7,40	7,40
	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA.	N	9,90	10,70

Conteggio prest.: 19

Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branchia Specialistica

Totale prest. in elenco: 2374
Note erogabilità:**Note erogabilità:**

- M** Prest. Erogabili secondo protocolli adottati nell'ambito della rete per le malattie rare
- []** La p. quadra include sinonimi o termini esplicativi da ricondurre al codice della prestazione, che non comportano la fatturazione di più tariffe; per le prestazioni di laboratorio include la definizione del materiale nel quale si dosa l'analita.
- ()** La parentesi tonda include termini descrittivi della prestazione da ricondurre al codice della prestazione corrispondente, che non possono comportare la fatturazione di più tariffe.
- Escluso** Le procedure o le prestazioni elencate di seguito a tale dicitura non rientrano nel codice identificativo della prestazione
- Incluso** Le procedure o le prestazioni elencate di seguito a tale dicitura rientrano nel codice identificativo della prestazione e sono ricomprese nella medesima tariffa.
- Codificare anche** Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificata in aggiunta
- NAS** Non altrimenti specificato
- H** Prest. erogabili solo presso ambulatori protetti, ovvero presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero (pubblici o privati accreditati)
- R** Prestazioni erogabili solo presso ambulatori specialistici specificatamente riconosciuti e abilitati dalla Regione. Tali prestazioni sono erogabili direttamente all'utente presso strutture pubbliche e private accreditate specificatamente autorizzate.
- *** Prest. erogabili a carico del SSR solo secondo specifiche linee guida clinico-diagnostiche
- A** Accorpamenti di prestazioni, in relazione a profili di trattamento predefiniti, in risposta ad esigenze e scelte regionali
- I** Prest. erogabili nell'ambito del SSR, non presenti nel Nomenclatore Nazionale, ma effettuate nelle strutture sanitarie regionali, con effettiva diversità di contenuto e riconosciuta validità clinica
- E** Prest. riconducibili, sotto l'aspetto erogativo, a più branche specialistiche

Legenda Nota regionale:**N = Nomenclatore Nazionale DM 22 luglio 1996****g = Subcodifiche regionali NT nazionale e Nuovi LEA nazionali****1 = LEA DPCM 29 novembre 2001, da erogarsi ai residenti veneti secondo condizioni di erogabilità****2 = LEA aggiuntivi Veneto, da erogarsi solo ai residenti veneti**



INFORMAZIONI SUL BOLLETTINO UFFICIALE

CONTENUTI DELLA PUBBLICAZIONE

Il Bollettino Ufficiale della Regione è suddiviso in quattro parti:

1. Parte prima: modifiche dello Statuto, leggi e regolamenti regionali;
2. Parte seconda: circolari, ordinanze e decreti (sezione prima); deliberazioni del Consiglio e della Giunta (sezione seconda);
3. Parte terza: concorsi, appalti e avvisi;
4. Parte quarta: atti di altri enti, testi legislativi aggiornati.

Il Bollettino Ufficiale della Regione esce, di norma, il martedì e il venerdì.

La parte terza si pubblica il venerdì, da sola o con altre parti.

ABBONAMENTI

Abbonamento annuale di tipo A:	completo	euro	160,00
Abbonamento annuale di tipo B:	non comprende i supplementi	euro	135,00
Abbonamento annuale di tipo C	parte terza	euro	80,00

L'importo dell'abbonamento può essere versato, sempre con indicazione della causale:

- sul c/c postale n. 10259307 intestato a Regione Veneto – Bollettino ufficiale – Servizio Tesoreria, Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia;
- tramite bonifico bancario a favore della Tesoreria della Regione Veneto, Unicredit Banca Spa, codice IBAN IT41V0200802017000100537110.

L'abbonamento decorre dal primo numero utile successivo alla data di ricezione del bollettino di versamento o del bonifico bancario.

Su richiesta, compatibilmente con la disponibilità dei numeri arretrati, l'abbonamento può decorrere anche da data antecedente.

Il cambio di indirizzo è gratuito. Scrivere allegando l'etichetta di ricevimento della pubblicazione.

Per qualsiasi informazione gli abbonati possono contattare l'**Ufficio Abbonamenti**:

- telefonando ai numeri 041 279 2947, dal lunedì al giovedì ore: 9.00-12.30 e 14.30-16.30; venerdì ore: 9.00-12.30
- scrivendo ad uno dei seguenti indirizzi:
 - Giunta Regionale del Veneto - Bollettino Ufficiale - Ufficio Abbonamenti - Dorsoduro 3901 - 30123 Venezia
 - fax 041 279 2809
 - e-mail: abbonamenti.bur@regione.veneto.it

VENDITA

Il Bollettino Ufficiale della Regione può essere acquistato direttamente presso:

PADOVA

Libreria Internazionale Cortina, via Marzolo, 2
tel. 049 656 921 fax 049 875 4728
e-mail: info@libreriacortinapd.it

ROVIGO

Libreria Pavanello, piazza V. Emanuele II, 2
tel. 0425 24 056 fax 0425 46 13 08
e-mail: libreria.pavanello@libero.it

CONEGLIANO (TV)

Libreria Canova, via Cavour, 6/B
tel.-fax 0438 22 680
e-mail: libreria.con@canovaedizioni.it

VENEZIA

Regione Veneto, Palazzo Balbi - Dorsoduro 3901
tel. 041 279 2947 fax 041 279 2809
e-mail: abbonamenti.bur@regione.veneto.it

VICENZA

Libreria Traverso, corso Palladio, 172
tel. 0444 324 389 fax 0444 545 093
e-mail: traversolibri@libero.it

Una copia (fino a 176 pagine) : euro 3,00

Una copia (oltre le 176 pagine) : euro 3,00 + euro 1,00 ogni 16 pagine in più o ulteriore frazione fino a un massimo di euro 20,00.

Le copie arretrate possono essere acquistate presso le librerie sopra indicate o richieste all'Ufficio Abbonamenti suindicato.

Il prezzo delle copie arretrate, se spedite per posta, è aumentato del 10%.

CONSULTAZIONE

Il Bollettino Ufficiale della Regione può essere consultato presso la redazione sita a Palazzo Balbi, Dorsoduro 3901, VENEZIA o presso gli Uffici Relazioni con il Pubblico con sedi a:

BELLUNO	via Caffi, 33 - tel. 0437 946 262
PADOVA	passaggio Gaudenzio, 1 - tel. 049 877 8163
ROVIGO	viale della Pace, 1/D - tel. 0425 411 811
TREVISO	via Tezzone, 2 - tel. 0422 582 278
VENEZIA	pal.tto Sceriman, Cannaregio 160 - tel. 041 279 2786
VERONA	via Marconi, 25 - tel. 045/8676636-6616-6615
VICENZA	Contra' Mure San Rocco, 51 - tel. 0444 320 438

Il Bollettino Ufficiale della Regione è disponibile anche in Internet al seguente indirizzo:



<http://bur.regione.veneto.it>



INFORMAZIONI SUL BOLLETTINO UFFICIALE

INSERZIONI

INSERZIONI CHE PERVENGONO CON IL SERVIZIO INSERZIONI BUR ONLINE

Modalità e tariffe

Le inserzioni da pubblicare sono trasmesse alla redazione del Bollettino ufficiale in formato digitale utilizzando il servizio telematico "Inserzioni Bur online" che elimina la necessità dell'invio dell'originale cartaceo, annulla i costi e i tempi di spedizione e consente di seguire costantemente lo status delle inserzioni trasmesse. Il servizio è accessibile tramite il sito <http://bur.regione.veneto.it>, alla voce Area Inserzionisti.

Le inserzioni devono pervenire almeno 10 giorni prima della data del Bollettino per il quale si chiede l'inserzione (cioè, entro il martedì della settimana precedente).

Gli avvisi e i bandi (di concorso, selezione, gara ecc.) devono prevedere una scadenza di almeno 15 giorni successiva alla data del Bollettino in cui saranno pubblicati, salvo termini inferiori previsti da specifiche norme di legge. Si suggerisce di fissare il termine di scadenza per la presentazione delle domande con riferimento alla data del Bollettino (es: entro 30 giorni dalla pubblicazione nel Bur). Il versamento dell'importo pari al costo dell'inserzione va effettuato sul c/c postale n. 10259307 intestato a: Regione Veneto, Bollettino ufficiale, Servizio Tesoreria; Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia, con l'indicazione della relativa causale.

- Per ogni pagina di testo fino a 25 righe (massimo 60 battute per riga - 1500 caratteri): euro 25,00 più Iva 20% = **euro 30,00**
- Per ogni file allegato con tabelle, grafici, prospetti, mappe ecc.: euro 5,00 più Iva 20% = **euro 6,00 per KB**

Esclusivamente per i Comuni con popolazione inferiore ai 3000 abitanti, che utilizzano il servizio "Inserzioni Bur online" sono previste tariffe agevolate pari al 50% di quelle sopra indicate limitatamente alla pubblicazione integrale dello Statuto. Per gli stessi Comuni la pubblicazione dei soli articoli dello Statuto modificati è soggetta al pagamento del costo forfetario di euro 50,00 più Iva 20% = euro 60,00.

Gli avvisi di concorso pubblico per posti presso enti regionali, enti locali e Ulss sono pubblicati gratuitamente, a condizione che il testo relativo, non più lungo di 25 righe (massimo 60 battute per riga - 1500 caratteri), sia trasmesso almeno 10 giorni prima della data di pubblicazione del Bollettino per il quale si chiede l'inserzione, tramite il servizio "Inserzioni Bur online", utilizzando lo schema redazionale che si riporta qui sotto, compilabile direttamente nel Web:

"Concorso pubblico per titoli ed esami per X posti di, Categoria, Posizione
Requisiti di ammissione: (Titolo di studio, eventuali titoli di servizio)
Termine di presentazione delle domande:
Calendario delle prove:
Prima prova scritta:
Seconda prova scritta:
Prova orale:

Per informazioni rivolgersi a:"

INSERZIONI CHE NON PERVENGONO CON IL SERVIZIO INSERZIONI BUR ONLINE

Modalità e tariffe

I testi da pubblicare devono pervenire in originale cartaceo alla Giunta regionale, Bollettino Ufficiale, Servizio Inserzioni, Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia (tel. 041 2792900) e in formato digitale (word o excel) all'indirizzo di posta elettronica inserzioni.bur@regione.veneto.it, almeno 10 giorni prima della data del Bollettino per il quale si chiede l'inserzione (cioè, entro il martedì della settimana precedente).

La richiesta di pubblicazione, soggetta all'imposta di bollo salvo esenzione, deve riportare il codice fiscale e/o la partita Iva del richiedente e recare in allegato l'attestazione del versamento dell'importo pari al costo dell'inserzione effettuato sul c/c postale n. 10259307 intestato a: Regione Veneto, Bollettino ufficiale, Servizio Tesoreria; Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia, con l'indicazione della relativa causale.

- Per ogni pagina di testo fino a 25 righe (massimo 60 battute per riga - 1500 caratteri): euro 35,00 più Iva 20% = **euro 42,00**
- Per ogni pagina contenente tabelle, grafici, prospetti o mappe: euro 70,00 più Iva 20% = **euro 84,00**

Gli avvisi e i bandi (di concorso, selezione, gara ecc.) devono prevedere una scadenza di almeno 15 giorni successiva alla data del Bollettino in cui saranno pubblicati, salvo termini inferiori previsti da specifiche norme di legge. Si suggerisce di fissare il termine di scadenza per la presentazione delle domande con riferimento alla data del Bollettino (es: entro 30 giorni dalla pubblicazione nel Bur).

Per ulteriori informazioni sulle inserzioni scrivere o telefonare a: Giunta regionale – Bollettino ufficiale – Servizio inserzioni, Dorsoduro 3901 – 30123 Venezia (tel. 041 2792900 – fax 041 2792905 – email: uff.bur@regione.veneto.it) dal lunedì al venerdì dalle ore **9,00** alle ore **13,00**.

Direzione - Redazione

Dorsoduro 3901, 30123 Venezia - Tel. 041 279 2862 - 2900 - Fax. 041 279 2905
 Sito internet: <http://bur.regione.veneto.it> e-mail: uff.bur@regione.veneto.it

Dirigente	Francesco Magris	Composizione	Albonella Crivellari, Maria Levorato,
Responsabile di redazione	Antonella Migliarese		Rosanna Rubini
Collaboratori di redazione	Valentina Giannetti, Barbara Molin	Ricerca fotografica	Maria Clara Martignon
Abbonamenti	Gianfranco Galli	Referente Internet	Elisabetta Scaramuzza
	Direttore Responsabile		Mario Caramel

Stampato da **Grafica Veneta** Spa - Trebaseleghe (PD)
 su carta ecologica riciclata, prodotta con il 100% di maceri e senza l'uso di cloro o imbiancanti ottici