REGIONE LAZIO

ESTRATTO DAL VERBALE DELLE DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE
(SEDUTA DEL 30 DICEMBRE 2024)

L'anno duemilaventiquattro, il giorno di lunedì trenta del mese di dicembre, alle ore 11.45 presso la Presidenza della Regione Lazio (Sala Giunta), in Roma - via Cristoforo Colombo n. 212, previa formale convocazione del Presidente per le ore 11.30 dello stesso giorno, si è riunita la Giunta regionale così composta:

1) ROCCA FRANCESCO ……..... *Presidente*
2) ANGELILLI ROBERTA ……..... *Vicepresidente*
3) BALDASSARRE SIMONA RENATA ..... *Assessore*
4) CIACCIARELLI PASQUALE ..... "
5) GHERA FABRIZIO …..……... "
6) MASELLI MASSIMILIANO ……..... "
7) PALAZZO ELENA …… *Assessore*
8) REGIMENTI LUISA ……... "
9) RIGHINI GIANCARLO …… "
10) RINALDI MANUELA ……. "
11) SCHIBONI GIUSEPPE ……..... "

Sono presenti: *la Vicepresidente e gli Assessori Ghera, Rinaldi e Schiboni.*

Sono collegati in videoconferenza: *il Presidente e gli Assessori Ciacciarelli, Regimenti e Righini.*

Sono assenti: *gli Assessori Baldassarre, Maselli e Palazzo.*

Partecipa la sottoscritta Segretario della Giunta dottoressa Maria Genoveffa Boccia.

(O M I S S I S)

Entra nell'Aula l'Assessore Maselli.

(O M I S S I S)

Deliberazione n. 1187

Copia

OGGETTO: Approvazione "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale" e delle "Indicazioni metodologiche" in attuazione del DM 25 novembre 2024 "*Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"*. pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024**.** Disposizioni per la **v**alidità delle prescrizioni di medicina specialistica ambulatoriale.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e s.m.i. recante "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*";
- il regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;

VISTA per quanto riguarda i poteri la Deliberazione della Giunta regionale 25 maggio 2023 n. 234, con cui è stato conferito al Dott. Andrea Urbani l'incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e integrazione sociosanitaria, ai sensi del regolamento di organizzazione 6 settembre 2002, n. 1 e s.m.i.;

VISTO l'Atto di Organizzazione del 23 febbraio 2024, n. G01930 avente ad oggetto *"Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale.";*

VISTI per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e di bilancio:

- il Decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: "*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42*" e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 marzo 2012, n.129, avente ad oggetto "*Attuazione del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118. Attivazione della gestione sanitaria accentrata presso la Regione Lazio*";
- il Decreto del Commissario *ad Acta*, del 24 dicembre 2012, n. 427, riguardante "*Definizione della perimetrazione del bilancio regionale attinente all'attività sanitaria e del piano dei conti da utilizzare per la contabilità della Gestione sanitaria accentrata della Regione Lazio e delle Aziende che rientrano nel perimetro di consolidamento del S.S.R., ai sensi del titolo II del Decreto Legislativo 118/2011*";
- il Regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: "*Regolamento regionale di contabilità*" che, ai sensi dell'articolo 56, comma 2, della L.R. n. 11/2020 e fino alla data di

Copia

entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all'articolo 55 della L.R. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima L.R. n. 11/2020;

- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: "*Legge di contabilità regionale*";
- la Deliberazione della Giunta regionale del 22 dicembre 2023, n. 950, recante: "*Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. – Perimetro Sanitario – Esercizio Finanziario 2023*";
- la Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2023 n. 980 recante: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese"*;
- la Deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023 n. 981 recante: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Bilancio finanziario gestionale", ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa*";
- la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 23, recante: "*Legge di stabilità regionale 2024*";
- la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 24, recante: "*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026*";
- la Deliberazione della Giunta regionale 14 febbraio 2024, n. 75, concernente: "*Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2024-2026 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11*";
- la Deliberazione Giunta del 24 aprile 2024, n. 284, recante: *"Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Aggiornamento del Bilancio finanziario gestionale in relazione all'assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa, di cui alla D.G.R. n. 981/2023, ai sensi dell'articolo 13, comma 5, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11"*;
- la Legge Regionale 29 luglio 2024, n. 14, recante: "*Assestamento delle previsioni di bilancio 2024-2026*";

VISTI per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente "*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*";
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., recante: *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421"*;
- il Decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante "*Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'art. 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419*" e s.m.i.;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., recante "*Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e*

Copia

successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";

- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";*
- la DGR n. 149 del 6 marzo 2007, con cui è stato recepito l'Accordo, siglato in data 28 febbraio 2007, tra il Ministero della salute, il Ministro dell'Economia e Finanze, la Regione Lazio, per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art.1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n.311;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 15 novembre 2024 n. 939 recante: "*Adozione del programma operativo 2024 – 2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio";*

VISTA la Legge del 5 agosto 2022, n. 118, recante: "*Legge annuale per il mercato e la concorrenza 2021*" e il DM Salute 19 dicembre 2022, adottato in attuazione della stessa;

VISTI, con riferimento al citato D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., in particolare:

- l'art 8 *bis*, comma 1, secondo cui *"Le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'articolo 1 avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies";*
- l'art 8 *bis*, comma 3, secondo cui *"La realizzazione di strutture sanitarie e l'esercizio di attività sanitarie, l'esercizio di attività sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale e l'esercizio di attività sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale sono subordinate, rispettivamente, al rilascio delle autorizzazioni di cui all'articolo 8-ter, dell'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater, nonché alla stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies. La presente disposizione vale anche per le strutture e le attività sociosanitarie";*
- l'art 8 *quater*, comma 7, secondo cui *"Nel caso di richiesta di accreditamento da parte di nuove strutture o per l'avvio di nuove attività in strutture preesistenti, l'accreditamento può essere concesso in base alla qualità e ai volumi dei servizi da erogare, nonché sulla base dei risultati dell'attività eventualmente già svolta, tenuto altresì conto degli obiettivi di sicurezza delle prestazioni sanitarie e degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza, le cui modalità sono definite con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131";*
- l'art. 8 *quinquies*, comma *1 bis*, secondo cui "*I soggetti privati di cui al comma 1 sono individuati, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, mediante procedure trasparenti, eque e non discriminatorie, previa pubblicazione da parte delle regioni di un avviso contenente criteri oggettivi di selezione, che valorizzino prioritariamente la qualità delle specifiche prestazioni sanitarie da erogare. La selezione di tali soggetti deve essere effettuata periodicamente, tenuto*

Copia

conto della programmazione sanitaria regionale e sulla base di verifiche delle eventuali esigenze di razionalizzazione della rete in convenzionamento e, per i soggetti già titolari di accordi contrattuali, dell'attività svolta; a tali fini si tiene conto altresì dell'effettiva alimentazione in maniera continuativa e tempestiva del fascicolo sanitario elettronico (FSE) ai sensi dell'articolo 12 del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221, secondo le modalità definite ai sensi del comma 7 del medesimo articolo 12, nonché degli esiti delle attività di controllo, vigilanza e monitoraggio per la valutazione delle attività erogate, le cui modalità sono definite con il decreto di cui all'articolo 8-quater, comma 7";

VISTI, con riferimento alle liste di attesa delle prestazioni sanitarie:

- Il Piano nazionale di Governo delle liste di attesa 2019- 2021, approvato in data 21 febbraio 2019 in sede di intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- Il Decreto del Commissario ad acta del 30 aprile 2019, n. U00152, avente per oggetto: "*Recepimento del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021*" con il quale è stato recepito il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019-2021;
- Il Decreto del Commissario ad acta 25 luglio 2019, n. U00302, avente ad oggetto: "*Piano regionale per il governo delle Liste di Attesa 2019-2021*" con il quale è stato approvato e adottato il Piano di governo regionale delle liste di attesa 2019-2021;
- Il Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107 (in G.U. 31/07/2024, n. 178): "*Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie. Decreto-Legge* ";
- La Deliberazione della Giunta Regionale n. 777 del 10 ottobre 2024 avente ad oggetto*: "Attuazione art. 3 Decreto-Legge 7 giugno 2024, n. 73 convertito con modificazioni dalla L. 29 luglio 2024, n. 107: "Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie" Programma straordinario per la riduzione dei tempi delle liste di attesa anno 2024".*

PRESO ATTO, altresì, dei seguenti provvedimenti vigenti, adottati dalla Regione Lazio in materia di programmazione sanitaria:

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 869 del 7 dicembre 2023, avente ad oggetto *"Approvazione del Documento Tecnico "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"*, con la quale, tra l'altro, è stato adottato il Documento Tecnico che individua un cronoprogramma, articolato in 3 fasi, per l'attuazione della Rete Ospedaliera;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 976 del 28 dicembre 2023, avente ad oggetto *"Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024 – 2026";*
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1130 del 19 dicembre 2024 con la quale è stato approvato, con validità a far data dal 1° gennaio 2025, il documento tecnico denominato: "*Assistenza specialistica ambulatoriale nel Lazio: stima del fabbisogno. Rapporto tecnico*",

Copia

elaborato dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale (DEP) - Regione Lazio;

- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1114 del 19 dicembre 2024 con la quale è stato approvato il documento denominato "*Registro Regionale Dialisi e Trapianto Lazio Rapporto annuale RRDTL – Rapporto tecnico anno 2024";*

VISTI per quanto riguarda le norme in tema di assistenza specialistica ambulatoriale:

– la Deliberazione della Giunta Regionale n. 974 del 28 dicembre 2023 avente ad oggetto "Recepimento allegati 4-4A-4B-4C-4D-8 del DPCM 12.1.2017. Approvazione "*Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale*" in attuazione del DPCM 12.1.2017 e del DM del 23 giugno 2023 pubblicato nella G. U. n. 181 del 4 agosto 2023. Variazione validità prescrizioni medicina specialistica ambulatoriale" con la quale è stato approvato il Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale;

– Determinazione n. G00226 del 12/01/2024 avente ad oggetto "*Approvazione del Catalogo Unico Regionale delle prestazioni specialistiche prescrivibili in attuazione del "Nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale" approvato con DGR n. 974 del 28 dicembre 2023 Aggiornamento dei codici delle prestazioni erogabili all'interno dei Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC), Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) e dei Pacchetti ambulatoriali".*

RICHIAMATI, altresì tutti i provvedimenti regionali in materia di autorizzazione e accreditamento, assistenza specialistica, liste di attesa, contabilità e bilancio;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero Economia e Finanze, del 23 giugno 2023, avente ad oggetto "*Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*" pubblicato nella G. U. n. 181 del 4 agosto 2023, con cui sono state, tra l'altro, aggiornate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e protesica erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale;

VISTO il successivo Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, del 31 marzo 2024, pubblicato sulla GU n. 101 in data 2 maggio 2024, con il quale si differisce al 1° gennaio 2025 l'entrata in vigore delle tariffe nazionali individuate con il decreto ministeriale 23 giugno 2023, anche al fine di valutare una più ampia revisione delle medesime tariffe;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, DM 25 novembre 2024 *"Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024, di cui all'Intesa del 14 novembre 2024, con il quale si determinano le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (*Nomenclatore Tariffario Nazionale*);

RILEVATO che, avendo la Regione Lazio sottoscritto l'accordo ex art. 1, comma 180 della L.311/2004, le tariffe massime di cui al DM 23.6.2023 Allegato 2, costituiscono, ai sensi dell'art. 5, c.2 del decreto medesimo, un limite invalicabile;

CONSIDERATO, in particolare l'Allegato 2 al suddetto DM 25 novembre 2024 *"Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* pubblicato in Gazzetta Ufficiale

Copia

n.302 del 27 dicembre 2024 in cui sono individuate le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale (*Nomenclatore Tariffario Nazionale*);

VISTO il documento concernente "*Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale* – Indicazioni metodologiche", di cui all'allegato 2, quale parte integrante sostanziale del presente atto;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale 21 dicembre 2006, n. 922 con cui sono stati introdotti i seguenti Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA): 69.09- 86.3.6-86.4.7 il razionale dei quali è riportato al punto 1) del sopra citato Allegato 2, al presente atto;

CONSIDERATO che nel suddetto Nomenclatore Tariffario Nazionale non sono presenti gli APA 69.09, 86.3.6, 86.4.7 di cui alla DGR 922/2006;

CONSIDERATO che l'inserimento nel Nomenclatore Regionale di tali APA è necessario al fine di ridurre l'elevata inappropriatezza degli interventi chirurgici in quegli ambiti;

VISTA la Determinazione G00251 del 17 gennaio 2022 con cui è stata introdotta la prestazione 91.12.6 per i test molecolari per la ricerca del virus SARS-CoV-2;

DATO ATTO che mantenere nel Nomenclatore Regionale la prestazione 91.12.6 comporta un minor costo per i test molecolari a carico del servizio sanitario regionale;

VISTE la Determinazione n. G18971 del 29 dicembre 2022 con cui sono state introdotte nel nomenclatore regionale le prestazioni Next-Generation Sequencing 91.30.6 e 91.30.7 e la Determinazione n. G13208 del 6 ottobre 2023 con cui è stata introdotta nel nomenclatore regionale la prestazione *Next Generation Sequencing* 91.30.8, il razionale dei quali è riportato al punto 1) dell'Allegato 2 al presente atto;

RITENUTO di mantenere nel nuovo Nomenclatore Tariffario Regionale le prestazioni 91.30.6, 91.30.7 e 91.30.8 in quanto oggetto di fondi ministeriali dedicati al potenziamento dei test di *Next-Generation Sequencing* di cui ai DM 18 maggio 2021e DM 30 settembre 2022;

DATO ATTO che con il citato DM 25 novembre 2024 *"Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024 si è ritenuto di dover fissare al 30 dicembre 2024 l'entrata in vigore delle disposizioni di cui allo stesso Decreto e di dover prevedere la definizione di una fase transitoria per la gestione delle ricette emesse fino al 29 dicembre 2024 sulla base del vecchio nomenclatore;

PRESO ATTO che nel citato DM 25 novembre 2024 *"Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre2024:

- le prescrizioni emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al Decreto Ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, sono erogabili con le relative tariffe entro e non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del citato decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi, secondo le specifiche tecniche indicate per la trasmissione elettronica delle prescrizioni mediche dematerializzate, nell'ambito del Sistema Tessera Sanitaria;

Copia

- le prescrizioni emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al Decreto Ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, conservano la validità definita dalle vigenti norme regionali, ai fini della prenotazione;

- a partire dal 30 dicembre 2024 le ricette mediche specialistiche prescritte in tutte le regioni e province autonome ovvero dai medici SASN possono essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 2 del nuovo Decreto pubblicato sulla GU n.302 in data 27 dicembre 2024 e remunerate alle relative tariffe.

- la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale.

CONSIDERATO necessario procedere all'aggiornamento di tutti i sistemi gestionali indispensabili alla prescrizione ed erogazione delle prestazioni della specialistica ambulatoriale;

RITENUTO, pertanto, di:

- prendere atto del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze 25 novembre 2024 pubblicato in GU n. 302 del 27 dicembre 2024, di cui all'Intesa del 14 novembre 2024, con il quale si determinano le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (*Nomenclatore Tariffario Nazionale*);

- confermare le attuali condizioni di erogabilità con onere a carico del SSR delle prestazioni tra i soggetti erogatori;

- approvare il nuovo "*Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale*", di cui all'allegato 1 parte integrante sostanziale del presente atto;

- approvare il documento concernente "*Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale* – Indicazioni metodologiche", di cui all'allegato 2, parte integrante sostanziale del presente atto;

- stabilire che le prescrizioni emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, sono erogabili con le relative tariffe entro e non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del citato decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi;

- stabilire che a partire dal 30 dicembre 2024 le ricette mediche specialistiche prescritte in tutte le regioni e province autonome ovvero dai medici SASN possono essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del Nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 2 del Decreto del 27 dicembre 2024.

Copia

- stabilire che la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale;

- dare atto che le disposizioni di cui al citato Decreto si produrranno solo a far data dalla pubblicazione effettiva in Gazzetta Ufficiale del suddetto Decreto del Ministero della salute, di cui all'Intesa del 14 novembre 2024.

DATO ATTO che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale;

D E L I B E R A

per le motivazioni indicate in premessa, che si intendono integralmente richiamate di:

- prendere atto del Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 25 novembre 2024 "*Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024, di cui all'Intesa del 14 novembre 2024, con il quale si determinano le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica a partire dalla data del 30 dicembre 2024 (*Nomenclatore Tariffario Nazionale*);

- confermare le attuali condizioni di erogabilità con onere a carico del SSR delle prestazioni tra i soggetti erogatori;

- approvare, il nuovo "*Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale*", di cui all'allegato1, parte integrante sostanziale del presente atto;

- approvare il documento concernente "*Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale* – Indicazioni metodologiche", di cui all'allegato 2, parte integrante sostanziale del presente atto;
- stabilire, così come previsto nello stesso Decreto, che le prescrizioni emesse entro il 29 dicembre 2024 relative a codici e prestazioni, anche in esenzione, contenute nell'elenco della specialistica ambulatoriale di cui al decreto ministeriale 22 luglio 1996 e nei cataloghi regionali, sono erogabili con le relative tariffe entro e non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore delle disposizioni del citato decreto, prorogabili di ulteriori 6 mesi;

- stabilire che a partire dal 30 dicembre 2024 le ricette mediche specialistiche prescritte in tutte le regioni e province autonome ovvero dai medici SASN possono essere emesse esclusivamente con riferimento ai codici del nomenclatore della specialistica ambulatoriale di cui all'allegato 2 del DM 25 novembre 2024 *"Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica"* pubblicato in Gazzetta Ufficiale n.302 del 27 dicembre 2024 e remunerate alle relative tariffe.

Copia

- stabilire che la validità delle ricette emesse dal 30 dicembre 2024 è stabilita in massimo 180 giorni dalla data di prescrizione, fatte salve eventuali scadenze inferiori definite a livello regionale;

- dare atto che le disposizioni di cui al citato Decreto si produrranno solo a far data dalla pubblicazione effettiva in Gazzetta Ufficiale del suddetto Decreto del Ministero della salute, di cui all'Intesa del 14 novembre 2024..

La presente deliberazione verrà pubblicata sul sito internet regionale e sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

La pubblicazione della presente Deliberazione ha valore di notifica a tutti gli effetti di legge per gli interessati.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
02.39.1	PUNTURA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE	187.5
02.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO Non associabile a Visita neurologica di controllo 89.01.C	23,00
02.95	RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO	38.8
03.31	RACHICENTESI	187.5
03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antiblastici. Incluso farmaco	52.4
03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere tempora	157.95
03.91.2	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE [RIFORNIMENTO]. Fino ad	105,00
03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide]. Escluso: Iniezione di liquido di contrast	103.25
03.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	23,00
03.96.1	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI	103.25
03.96.2	BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA. Intero trattamento	103.25
03.99.1	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	998.25
04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione).	57.95
04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	51.6
04.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI	57.95
04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rim	654,00
04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rim	1.245,00
04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE.Incluso: Visita anestesiologica ed an	1.245,00
04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Esclus	51.65
04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, Infiltrazioni parave	15.45
04.93	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	57.95
05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferi	77.45
05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco	129.5
06.01	AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA	70,00
06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	56,00
06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	72.7
06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	72.7
08.01	INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	15.5
08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia,Tarsorrafia	16,00
08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	17.2
08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	32.15
08.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione	32.15
08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palp	32.15
08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebra	53.9
08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	38.2
08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA	1.002,00
08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	47.05
08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	80.8
08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	183.7
08.51	CANTOTOMIA	13.6
08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	48.35
08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.	360.95
08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBR	1.002,00
08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (0	1.002,00
08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	37.35
08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	35.8
08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	81,00
08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	26.75
08.99.2	INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIOCULARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco	15,00
09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	38.35
09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	72.8
09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	41,00
09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05	40.9

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
09.21	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	72.8
09.42	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero tr	16.45
09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	67.85
09.44	INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino	1.032,00
09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE	38.6
09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	38.6
09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	228.65
09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFTALMO, SURFA	206,00
10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE	516,00
10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	31.25
10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiu	31.25
10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO	109.05
10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	56.6
10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco	11.4
11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA	78,00
11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA	206,00
11.31	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	71.1
11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	32.1
11.53.1	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE	433,00
11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI	354.65
11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	123,00
11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	89.8
11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale]. Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di contro	1.343,00
11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica	40,00
12.14	IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)	111.35
12.22	BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE	111.35
12.22.1	AGOBIOPSIA IRIDE	111.35
12.31	LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER	1.032,00
12.35.1	IRIDOPLASTICA/COREOPLASTICA	69.6
12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	69.6
12.59	TRABECULOPLASTICA Mediante laser	69.6
12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	463,00
12.72	CICLOCRIOTERAPIA	109.05
12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	108.45
12.82	RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA	420,00
12.84	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA	1.032,00
12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	33.2
12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco	516,00
12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco	420,00
13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	750,00
13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	94.8
13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO (in occhio fachico). Incluso: Visita preintervento e visite di controll	771.05
13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incl	900,00
13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	771.05
13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	550.6
14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	64.7
14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Fino a 4 sedute	516,00
14.24.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occh	1.516,00
14.24.2	TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	115,00
14.24.3	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE	61,00
14.29.1	TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	1.400,00
14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	70.2
14.34	FOTOGOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	56.8
14.36	TERAPIA FOTODINAMICA DELLA DEGENERAZIONE MACULARE RETINICA (COMPRENSIVA DEL TRATTAMENTO E DEI SUCCESSIVI ACCESSI DI FOLLOW UP, INCLUDENTI: 2 VISITE OCULISTICHE COMPLETE (CODICE 95.02), 2 ANGIOGRAFIE (CODICE 95.12), 2 MEDICAZIONI (CODICE 93.56.1))	1.800,00
14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	28,00
14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluori, gas e/o oli di silicone). Incluso: visita post inter	516,00
14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: Visita ed esami pre procedura. Incluso farmaco	268.15
16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	47.05
16.71	RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARE (a scopo igienico)	2.55
16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione otticocilia	36.15
18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	13.45

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	16.15
18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)	215,00
18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagula	15.75
18.31.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	241,00
19.4	RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA	29.9
20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. Incluso: anestesia e drenaggio	23,00
20.09.1	MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO	21.5
20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54.2
20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	25.85
20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE	9.05
20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	14.25
20.94	INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. Incluso farmaco	22,00
20.94.A	MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA	22,00
21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	14,00
21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE	26.8
21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. Cura completa	18.6
21.22	BIOPSIA DEL NASO	25.85
21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	25.55
21.69.1	TURBINOPLASTICA [turbinectomia, frattura turbinati, decongestione chirurgica dei turbinati]	400,00
21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	25.15
21.88	SETTOPLASTICA	400,00
21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	25.55
22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica. Non associabile a 22.02	25.85
22.02	ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a Puntura dei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)	25.85
22.11	BIOPSIA DEI SENI NASALI	25.85
22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione	19,00
22.19.2	MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI	22,00
22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	64,00
22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	64,00
23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	12.15
23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Incluso: Odontectomia revisione della cavità e sutura e	17.85
23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germ	33.05
23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Incluso: otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	20.8
23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. Incluso:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa	38.35
23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Incluso: perno endocanalare	64,00
23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	34.85
23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Incluso rilevazione impronte	31.65
23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	57.35
23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN TERAPIA PROTESICA	57.35
23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (p	17,00
23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Incluso: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (p	79.75
23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Incluso: rilevazione impronte	129.1
23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Incluso: Eventuali attacchi	81.3
23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Incluso: rilevazione impronte	31,00
23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	16.25
23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSSATI. Incluso: eventuale contenzione dentale	11.5
23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	11.5
23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	35.25
23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	57.4
23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	16,00
23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	34.85
23.72.3	PULPOTOMIA	41.3
23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	48.1
24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	29.55
24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PAR	94.25
24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Incluso: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Incluso: CHIRURGIA PARODONTALE (2	94.25
24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	31.25
24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	31.25

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali consegu	23,00
24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associa	62.8
24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di	31.25
24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	25.2
24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	22.3
24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	55.3
24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	38,00
24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	122.9
24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	122.9
24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	26.75
24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	15,00
24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	16.2
25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	25.85
25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	24,00
25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	18.05
26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	24.65
26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	25.85
26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	17.6
27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (asc	51.9
27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI L	9.65
27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	25.85
27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	17.2
27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	31.25
27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO	62,00
27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	18.05
27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	62,00
27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	25,00
27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	23.8
27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	23.8
27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	10.4
27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA	62.05
27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	62,00
27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	18.05
28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	22.95
28.91	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE	23.4
29.12	BIOPSIA FARINGEA	31.25
29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)	62,00
31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	20.9
31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	34.15
31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE	22.65
31.94.1	INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA	143,00
31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	354.6
33.21	BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	82.6
33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche -autofluorescenza - Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	82.63
33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL. Non associabile a 33.22	64.95
34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA	164.2
34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata	164.2
34.29	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSBRONCHIALE DI LINFONODI ILO MEDIASTINICI	127.1
34.91	TORACENTESI	105.9
34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	164.2
34.91.2	TORACENTESI ECOGUIDATA	127.1
34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventu	61.95
37.26.1	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFAGEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE	77.45
37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	1550.45
37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	1050.45
37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	1250.45
37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	1550.45
38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	35.1
38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	35.1
38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI	41.05
38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	59.25
38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE	27,00
38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	251,00
38.59.1	VARICECTOMIA DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Escluse le safene	251,00
38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO. Escluso: trombosi dell'ostio	360,00
38.59.3	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI CON TECNICA LASER (PRESTAZIONE COMPRENSIVA DI ESAMI PRE E POST INTERVENTO, INTERVENTO E VISITA DI CONTROLLO)	400,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
38.80.1	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Escluse safene	833,00
38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	24,00
38.94.A	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELLIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong	40.05
38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	240,00
38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	280.5
38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	240,00
38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELLIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	280.5
38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	240,00
38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELLIZZAZIONE	280.5
38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE	280.5
38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELLIZZAZIONE	364.65
38.97	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del pazie	280.5
38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	282,00
38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	152.5
39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	331,00
39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	331,00
39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	331,00
39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	219,00
39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malfor	19.6
39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni e trattamento del varicocele.	99,00
39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedut	147.25
39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	136,00
39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	172.75
39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	240,00
39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	206.55
39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. P	240,00
39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	206.55
39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	150,00
39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	147.25
39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per sed	190,00
39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute	20.25
39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	136,00
39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	172.75
39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 s	230,00
39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare = 45 kDa). Per se	184.7
39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	230,00
39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare = 45 kDa). Per seduta	1.000,00
39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR	195,00
39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	195,00
39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	184.35
39.95.O	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta	105,00
39.95.P	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta	105,00
39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	185,00
39.99.1	ECOCOLOR DOPPLER PULSATO DI FISTOLA ARTEROVENOSA CON VALUTAZIONE DELLA PORTATA E DEL RICIRCOLO	17.45
39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)	500,00
39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesto	500,00
39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	17.5
39.99.5	ECOCOLORDOPPLER DI FISTOLA ARTEROVENOSA	34.05
39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)	16,00
40.11.1	BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclaveari o prescalenici. Biopsia	51,00
40.11.2	BIOPSIA ESCISSIONALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE	258.2
40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	66,00
40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	105.65
40.29	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di Igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfadenectomia singo	51,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	42.7
42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	123.55
42.24.1	BIOPSIA DELL' ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2	64.95
42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	81.6
42.29.3	pH-METRIA TELEMETRICA	281.6
42.29.4	IMPEDENZIOMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)	130,00
42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biop	194.4
42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13).	259.3
42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	94,00
42.33.4	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	107,00
42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)	112.55
42.93	INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA	94.1
43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	200,00
43.41.1	POLIPECTOMIA GASTRICA IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14).	193.55
43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) Mediante laser o Argon Plasma. Esclus	259.3
44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenosco	64.95
44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3; 45.16.1; 45.16.2;	556.8
44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	20.1
44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1	253.25
44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	185,00
44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO	1.470,00
44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO	63,00
45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogast	64.9
45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	863.75
45.13.2	ENTEROSCOPIA	88,00
45.13.3	ENTEROSCOPIA CON BIOPSIA	152.95
45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [E	64.95
45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofago	64.95
45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 44.14.1	90.95
45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia	123.55
45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biops	172.95
45.19.1	MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLON	32.45
45.19.2	COLORAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON END	32.45
45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOP	120,00
45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA. Non associabile a 45.29.5	140.5
45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	231.45
45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unic	147.65
45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multi	197.05
45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente . Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio r	47.4
45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. scluso: Proctosigmoid	123.55
45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosig	138.35
45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelev	64.95
45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per pr	90.95
45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1	64.95
45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA. Non associabile a 45.26.1	90.95
45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del	556.8
45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE, SVUOTAMENTO GASTRICO	74.85
45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	21.2
45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	21.2
45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	253.25
45.29.6	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA	21.2

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
45.29.7	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA	21.2
45.29.8	TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE	61.05
45.30.1	POLIPECTOMIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	194.4
45.30.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13).	259.3
45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	117.05
45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	147,00
45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	400,00
45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA . Mediante laser o Argon Plasm	122.65
46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio f	172.65
48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24). Non associabile	31.9
48.23.1	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	112.4
48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Non associabile a 48.24.1	64.95
48.24.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24	556.8
48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	58.35
48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon	253.25
49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	39.75
49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	39.75
49.04	ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI	39.75
49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	39.75
49.21	ANOSCOPIA	22.7
49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI	31.25
49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	47.25
49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	47.5
49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI	16.5
49.44	TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI	47.5
49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI	47.5
49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia]	47.5
49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	47.5
49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	45.7
50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	94.9
50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	189.85
50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA.Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del	94.9
50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO SENZA E CON MDC. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabi	195,00
51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	89,00
52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA	253.25
52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	556.8
53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Vis	1068.5
53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA..Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esa	1068.5
53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Vis	1068.5
53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1068.5
53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1068.5
53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesiologica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	1068.5
54.00	INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE	34.85
54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	25.85
54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), pe	94.9
54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.91.1), p	189.85
54.91	PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	34.85
54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	94.45
54.91.2	DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	43.55
54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale	179.6
54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di par	46.2
54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	30.8
54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da	61.95
54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE fino a 31 sed	54.7
54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	46.65

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo men	83,00
54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	55.5
54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	52.65
54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 3	56.65
54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD]. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	50,00
54.98.8	TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e ClCr/BSA	59.15
54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	35,00
55.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE	843.5
55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	68.1
55.93	SOSTITUZIONE DI CATETERE NEFROSTOMICO	100,00
56.62	REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA	510.4
57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia c	32.15
57.32	URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74	57,00
57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA	91.2
57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	57.25
57.94	CATETERISMO VESCICALE. Incluso: lavaggio vescicale	9.45
58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	64.95
58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	45.55
58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	34.05
58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta	10.45
58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO	44.8
59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale. Escluso: Cateterizzazio	33.3
60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	94.9
60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	86.8
61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	18.65
62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	99,00
63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	17.85
63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	100.75
63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE	800,00
64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	129.1
64.11	BIOPSIA DEL PENE	46.65
64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)	57.15
64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE	21.25
64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	22.8
65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventua	945,00
65.11.1	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO	99,00
65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.91.1)	99,00
67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA	35.45
67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)	34.55
67.32	DEMOLIZIONE/ESCISSIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermo	43.5
67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA	44.6
68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO. Non associabile a 68.16.1	64.35
68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	64.95
68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	95,00
69.09	DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL¿UTERO ((PRESTAZIONE COMPRENSIVA DI ANESTESIA,VISITE ED ESAMI PRE E POST INTERVENTO, COMPRESO ESAME ISTOLOGICO). ESCLUSO: DILATAZIONE E RASCHIAMENTO PER INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA ED A SEGUITO DI PARTO O ABORTO	400,00
69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	12.75
69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]	15.5
69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongel	900,00
69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.	900,00
69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	99,00
69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica	450,00
69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica	196,00
69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. In	2.400,00
69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incl	900,00
69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI	400,00
69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA	95.35
69.92.B	CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	34,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvoscopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA	11.05
70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvoscopia	35.45
70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali. Non associabile a 71.30.1	35.1
71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvoscopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvoscopia	46.65
71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	28.25
71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZION	23.35
75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	87.85
75.10.2	AMNIOCENTESI	73.9
75.33.1	FUNICOLOCENTESI PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO	97.1
75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	16.4
76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	30.65
76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	115.25
76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	25.25
76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27.85
76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco. Non associabile a 81.91.1	27.85
76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI.Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibol	15,00
76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	154.9
77.40	BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA	42.7
77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicaz	1.365,00
78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata	38.8
80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventu	1.111,00
80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca	53.8
81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA.Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozio	1.111,00
81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione p	1466.8
81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozio	1466.8
81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozi	1466.8
81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione	1.111,00
81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia	1.505,00
81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia,	1.505,00
81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92)	31.25
81.91.1	ARTROCENTESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a	31.25
81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ec	27.85
81.92.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura	290,00
82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, interve	290,00
82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, in	1124.85
82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento,	1124.85
82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento,	1124.85
82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione p	1124.85
82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicaz	1124.85
82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimo	1.452,00
82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimo	1124.85
82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni,	1.452,00
82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni,	1.111,00
82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, med	1080.1

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	22.5
83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, inte	31.8
83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	41.05
83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI	51.3
83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	38.15
83.61	SUTURA DI GUAINA TENDINEA	31,00
83.65.1	SUTURA DI MUSCOLI O FASCE	14,00
83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE	14,00
83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. In	6.95
84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervent	1286.9
84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medi	1286.9
84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimo	826,00
84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiologica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazion	1286.9
85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	30.85
85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	31.25
85.11.1	AGOSPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	39.1
85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	42.2
85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA ""VACUUM ASSISTED"" ECOGUIDATA	408.9
85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA ""VACUUM ASSISTED"" IN STEREOTASSI	429.35
85.11.5	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	94.9
85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	97,00
85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	128.1
85.11.9	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE	510,00
85.19.1	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO	510,00
85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	32.55
85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.	36.8
85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata	39.1
85.24	ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA	32.55
85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO	32.55
86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso,	9.15
86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	16.85
86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	9.05
86.02.3	TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO	16.5
86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	31.05
86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggi	42.75
86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: RIMOZION	40.05
86.05.2	REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	40.05
86.06	INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	280.5
86.06.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORNIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Inclus	4,00
86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	395,00
86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	38.5
86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	53.65
86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	8.4
86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di	20.1
86.3.4	TERAPIA FOTODINAMICA DI LESIONI CUTANEE. PER SEDUTA (FINO AD UN MASSIMO DI 4 SEDUTE). ESCLUSO COSTO DEL FARMACO COSTO DEL FARMACO - SEGUE FLUSSO /FARM ED	70,00
86.3.6	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DALLA CUTE NON COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI PER PATOLOGIE BENIGNE (ES.NEVI, LIPOMI ETC.) (PRESTAZIONE COMPRENSIVA DI ANESTESIA, VISITE ED ESAMI PRE E POST INTERVENTO COMPRESO ESAME ISTOLOGICO). ESCLUSO: CRIOTERAP	200,00
86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta	14.65
86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per sedu	14.75
86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	23.9
86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA	34,00
86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE . Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o a	34,00
86.4.7	ASPORTAZIONE CHIRURGICA RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE COINVOLGENTE LE STRUTTURE SOTTOSTANTI E/O CON IMPORTANTE ESTENSIONE SUPERFICIALE PER PATOLOGIE NEOPLASTICHE O ALTRE LESIONI MOLTO ESTESE (PRESTAZIONE DI ANESTESIA, VISITE ED ESAMI PRE E POST INTERVENTO	450,00
86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	12,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235.2
86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235.2
86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo	235.2
86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE	247.9
86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	235.2
86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di pe	340.25
86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	340.25
86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	327.8
86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo d	453.65
86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo peduncolato. Assottigliamento di lembo peduncolato	283.55
86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a “Z” della cute della mano e delle dita della mano	294,00
86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA	1286.9
86.86	ONICOPLASTICA	882,00
86.92	ELETTROLISI E ALTRA DEPILAZIONE CUTANEA	30.95
87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbite (87.03.C)	86.1
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 MCD (87	138.5
87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	92.5
87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	147,00
87.03.5	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	86.1
87.03.6	TC BILATERALE DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebella	138.5
87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 88.38.A	86.1
87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]. Non associabile a 8	138.5
87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	147,00
87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo) Non associabile a 87.03	86.1
87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1	138.5
87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo). Non associabile a 87.03	86.1
87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo). Non associabile a 87.03.1	138.5
87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	51.6
87.03.F	TC DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]	83.1
87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	85.2
87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	30.45
87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	54.7
87.09.1	RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari	15.2
87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile.	66.6
87.11.2	RX CON OCCLUSALE DELLE ARCATE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore	9.3
87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	20.65
87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	10.3
87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.7B.5)	6.2
87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	26.85
87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	44.4
87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE	14.95
87.16.7	RX EMIMANDIBOLA	14.95
87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	17.3
87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	22.2
87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	18.05
87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	17.3
87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizi	17.3
87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	17.3
87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	17.3
87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE.Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizio	17.3
87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEB	34.6
87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE	68.15
87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	40,00
87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	26.5
87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B e 88.38.E	89.3
87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]. Non associabile a 88.38.B	142.7
87.42.4	TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	89.3
87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)	162.7
87.42.6	TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	162.7
87.43.1	RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	24.25

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE	18.75
87.43.4	RX DELLO STERNO	18.75
87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA	21.2
87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	15.45
87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	55.8
87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	70.5
87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo diger	50.1
87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO	37.4
87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)	47.25
87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)	59.35
87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO	45.45
87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	29.95
87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	51.65
87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO	91.65
87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)	140.95
87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE	63.25
87.69.3	DEFECOGRAFIA	63.25
87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA	84.8
87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	89.35
87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	68.65
87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto	91.9
87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	43.35
87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	66.1
87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	53.7
87.79.1	URETROGRAFIA RETROGRADA	43.9
87.79.2	ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]	68,00
87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto. Non associabile a 87.83.1	108.45
87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAFIA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	60.55
87.83.2	ISTEROSONOGRAFIA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	46,00
88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi	91.4
88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, te	145.9
88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile 88.01.9, 88.02.1	91.4
88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a	145.9
88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.C	119.2
88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.01.9, 88.02.1 e 88.38.F, 88.38.9	181.7
88.01.7	TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.	166.1
88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOM	190.4
88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPER	181.7
88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DE	181.7
88.03.2	FISTOLOGRAFIA	54.2
88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO]	19.35
88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	17.8
88.21.2	RX DELLA SPALLA	17.8
88.21.3	RX DEL BRACCIO	17.8
88.22.1	RX DEL GOMITO	14.95
88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	14.95
88.23.1	RX DEL POLSO	14.2
88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	14.2
88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	17.55
88.26.2	RX DELL'ANCA	17.55
88.27.1	RX DEL FEMORE	21.15
88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	21.15
88.27.3	RX DELLA GAMBA	21.15
88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	17.8
88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	17.8
88.29.1	RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30.2
88.29.3	STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica	26.3
88.31	RX DELLO SCHELETRO IN TOTO [RX scheletro per patologia sistemica]	90.35
88.31.1	RX COMPLETA DEL LATTANTE	22.45
88.32	ARTROGRAFIA CON MDC. Non associabile a 88.94	82.1
88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA [mano-polso, ginocchio]	12.1
88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE. Non associabile a 88.39.2, 88.39.3 e 88.39.A	89.5

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	156.1
88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA SENZA E CON MDC. Almeno quattro distretti anatomici. Incluso: CRANIO, COLLO, TORACE, A	327.1
88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7)	104.5
88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.	104.5
88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1)	104.5
88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC	142.7
88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA	142.7
88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPE	142.7
88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	84.6
88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	84.6
88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	84.6
88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	84.6
88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	94.1
88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) eTC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	94.1
88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	94.1
88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	94.1
88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	94.1
88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON	134.2
88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON	134.2
88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZ	134.2
88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZ	134.2
88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88	134.2
88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88	134.2
88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON	149.1
88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) eTC DELL'AVAMBRACCIO SENZA	149.1
88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88	149.1
88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO	15.45
88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI S	85,00
88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SA	85,00
88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	85,00
88.39.5	TC DELLA GAMBA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	85,00
88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	89.5
88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	89.5
88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBA . Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBA (88.39.5)	89.5
88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	89.5
88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e	135.6
88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e	135.6
88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBA SE	135.6
88.39.D	TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC	135.6
88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88	135.6
88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	135.6
88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBA SENZA E C	142.7
88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (	142.7
88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL C	162.7
88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL C	162.7
88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	175.1
88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epiaortici	288.85

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	292.8
88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	162.7
88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADD	162.7
88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)	162.7
88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TOR	162.7
88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE	162.7
88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADD	162.7
88.47.3	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e	211.5
88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	299.75
88.48.1	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AOR	162.7
88.49.1	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	299.75
88.49.2	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI	162.7
88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	259.15
88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	246.35
88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	246.35
88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	246.35
88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	256.65
88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	246.35
88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	285.05
88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	31.25
88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	45.95
88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO	49.05
88.71.4	ECOGRAFIA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo,	28.4
88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO	33,00
88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO [MESh]	46.95
88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o far	60.15
88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIAC	66,00
88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFA	77.45
88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	41.3
88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	63.25
88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPL	76.55
88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare. Incluso: colordoppler se necessario. Incluso: eventua	42.65
88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Colordoppler. Incluso: ev	21.15
88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: colordoppler se necessario	35.85
88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo pro	43.9
88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari,succlavie, vene anonime	47,00
88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	37,00
88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFAGEA Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA (88.72.4)	51,00
88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta add	44.95
88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: Colordoppler se necessario	46,00
88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: Colordoppler se necessario	37.55
88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE.Incluso: Colordoppler se necessario	26.95
88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	45,00
88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	46,00
88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia so	37.8
88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: Colordoppler se necessario. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1, 88.78.1	61.2
88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	35,00
88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI SENZA E CON MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	72.3
88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI. Non associabile a 88.74.1	34,00
88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO. Non associabile a 88.74.1	62,00
88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitati	47,00
88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica.Inclusa valutazione degli	48,00
88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitati	43,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli	43,00
88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	30.95
88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecogr	151.2
88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAFIA DE	30.95
88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	68.95
88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato. Non associabile a 88.78.	30.95
88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE] Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi	50.1
88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucale. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenz	30.95
88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	28.4
88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	32.5
88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione col	28.4
88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	30.95
88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1	30.95
88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: colordoppler se necessario. Non associabile a ECOGRAF	43.35
88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: colordoppler se necessario	37.8
88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: colordoppler se necessario	37.8
88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1)	53.7
88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiqu	50.1
88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e	40,00
88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: colordoppler se necessario	43.35
88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Incluso colordoppler se necessario. Non associabile a 50.91.1 e 50.91.2	29.3
88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	30,00
88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	28.4
88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANG	191.5
88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascola	284.6
88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	212.5
88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione delle strutture va	138.1
88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: prima valutazione de	215.2
88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	212.5
88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: prima valutazione delle stru	138.1
88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escl	138.1
88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSIC	138.1
88.91.D	RM DELLE ROCCHE PETROSE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSI	138.1
88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FA	138.1
88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: prima valutazione delle strutture	138.1
88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: prima valutaz	215.1
88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture v	215.1
88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile	215.1
88.91.K	RM DELLE ROCCHE PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabil	215.1
88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a RM D	215.1
88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC. STUDIO MULTIDISTRETTUALE DI DUE O PIU' SEGMENTI. Incluso: prima valutazione delle str	215.1
88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	215.2
88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	215.2
88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	212.5
88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE. Incluso: Esame di base	215.2
88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa: prima valutazione delle strutture v	284.6

COPIA

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: AN	133.2
88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: prima valutazione delle strutture vascol	208.4
88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	212.5
88.92.3	CINE RM DEL CUORE	138.1
88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC	215.2
88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	267.7
88.92.9	RM MAMMARIA BILATERALE SENZA E CON MDC	215.2
88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC	215.2
88.92.B	ANGIO RM CORONARICA	200.8
88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	133.2
88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	133.2
88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	133.2
88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	133.2
88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE	133.2
88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	208.4
88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	208.4
88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	208.4
88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	208.4
88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	207.7
88.93.C	ANGIO RM MIDOLLO SPINALE CON MDC	208.4
88.94	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto a	145.5
88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.	133.2
88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	133.2
88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non associabile a 88.94	133.2
88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Esclu	133.2
88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM . Non asso	133.2
88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile a 88.94	133.2
88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture	203.7
88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANG	203.7
88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	203.7
88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE	212.5
88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE	212.5
88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC	329.4
88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC	329.4
88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto va	138.1
88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e rela	215.2
88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	212.5
88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non associabile	138.1
88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM.	215.2
88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	212.5
88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	329.4

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM	138.1
88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: prima valutazione delle strutture vascolari. Escluso: ANGIO RM. Non ass	215.2
88.95.A	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	329.4
88.95.B	RM ENDOCAVITARIA	212.5
88.95.C	RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC	329.4
88.95.D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	138.1
88.95.E	RM UROGRAFIA	138.1
88.95.F	RM FETALE	212.5
88.97.2	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	212.5
88.97.4	RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base	212.5
88.97.6	RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base	212.5
88.97.8	RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base	329.4
88.97.9	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CO	182.3
88.97.A	COLANGIO RM	138.1
88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico. Incluso: esame di base	207.1
88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOM	182.3
88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	43.35
88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	79.7
88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	17.55
88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	31.5
88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	31.5
88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	31.5
89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	17.9
89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO.Incluso: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica	17.9
89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	17.9
89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	17.9
89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale controllo di microinfusore	17.9
89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	17.9
89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostit	17.9
89.01.C	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA] DI CONTROLLO. Non associabile a 02.93.1	17.9
89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Incluso: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo in coerenza co	17.9
89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO. Non associabile a 24.80.3	17.9
89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione di cerume	17.9
89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	17.9
89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	17.9
89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	17.9
89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Incluso: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	17.9
89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	17.9
89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	17.9
89.01.Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica	17.9
89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA	15,00
89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	46,00
89.07.A	PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	46,00
89.12	RINOMANOMETRIA	13.9
89.12.1	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	120,00
89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	25,00
89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Non associabile a polisonnografia (89.17)	23.2
89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO	34.85
89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	34.85
89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]	44.9
89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	34.85
89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	27.8
89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)	48.8
89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore	34.85
89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo o dermatomero	34.85
89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	55.75
89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superfice per disordini del movimentoEscluso: Test neurofisiologici per la valu	46.45

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
89.15.A	POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)	92.95
89.15.B	POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)	52.75
89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	139.4
89.17.3	MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO. Per studio apnee	139,00
89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	27.85
89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51.1
89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DEL	11.6
89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconce	25,00
89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intr	17.9
89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	25,00
89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI	17.9
89.26.5	VERSIONE CEFALICA ESTERNA	28.6
89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67.1
89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	92.95
89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	24,00
89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]. Non associabile a 89.37.4	38,00
89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	51.65
89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROM	37.15
89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE	55.75
89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fi	46.45
89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	23.2
89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	23.2
89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	23.2
89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	46.45
89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	23.2
89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	69.7
89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	46.45
89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	23.2
89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P 0.1	23.2
89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	18.55
89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA]	9.2
89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	18,00
89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1). Non as	51,00
89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	55.75
89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasana	83.65
89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	56.5
89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI PACE-MAKER	23.2
89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DI DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	24.95
89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	61.95
89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA. Non associabile a Prima visita cardiologica (89.7A.3), Visita cardiologica di controllo (89.01.3)	11.6
89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	22,00
89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFAGEO	77,00
89.52.3	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFAGEO	142,00
89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registraz	46.45
89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	32,00
89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)	12.6
89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	41.3
89.59.2	HEAD UP TILT TEST	52,00
89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41.3
89.61.2	PULSOSSIMETRIA NOTTURNA	57,00
89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossie	4.2
89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	15.95
89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	15.85
89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	18.55
89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	9.5
89.65.7	EMOGASANALISI ARTERIOSA PRIMA E DURANTE SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO	20,00
89.65.8	MISURA TRANSCUTANEA DELLA PO2 E DELLA PCO2 CON UTILIZZO DI MEMBRANE MONOUSO	32,00
89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	7.1
89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	25,00
89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escl	25,00
89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	25,00
89.7A.3	PRMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	33.6

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	25,00
89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	25,00
89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	25,00
89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGOLOGICA Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	25.4
89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	25,00
89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	25,00
89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica re	25,00
89.7B.2	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE. Non associabile a 93.01.1, 93.01.3, 93.01.4, 93.01.5, 93.01.6, 93.01.7, 93.01.	25,00
89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	25,00
89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (diali	25,00
89.7B.5	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale	25.35
89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	25,00
89.7B.7	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	25,00
89.7B.8	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRIA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalit	26.2
89.7B.9	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	25,00
89.7C.1	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento	25,00
89.7C.2	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	25,00
89.7C.3	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	25,00
89.7C.4	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	25,00
90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	11.7
90.01.5	ACIDI BILIARI	6.1
90.01.6	3 METIL ISTIDINA	8,00
90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO	14.1
90.02.2	ACIDO CITRICO	3.4
90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	11.15
90.02.5	ACIDO LATTICO	6,00
90.03.2	ACIDO PIRUVICO	1.05
90.03.6	ADRENALINA - NORADRENALINA	19.55
90.03.7	ACIDO FITANICO. DOSAGGIO	17.7
90.03.8	ACIDO GUANIDINO ACETICO. DOSAGGIO	17.1
90.03.9	ACIDO PIPECOLICO. DOSAGGIO	18.85
90.03.A	ACIDO PRISTANICO. DOSAGGIO	17.7
90.03.B	ACIDO SIALICO LIBERO. DOSAGGIO	13.05
90.03.C	ACIDO SIALICO TOTALE. DOSAGGIO	13.05
90.03.D	S-ADENOSILMETIONINA. DOSAGGIO	13.05
90.03.E	S-ADENOSILOMOCISTEINA. DOSAGGIO	13.05
90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	10.8
90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	6.05
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	1,00
90.05.1	ALBUMINA	1.1
90.05.2	ALDOLASI	0.9
90.05.3	ALDOSTERONE. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	14.6
90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	3.4
90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	7.4
90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	5.3
90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA	7.15
90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	5.3
90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	1.25
90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	3.65
90.07.1	ALLUMINIO	8,00
90.07.2	AMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	5.85
90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO	12,00
90.07.5	AMMONIO	6,00
90.08.1	ANDROSTANEDIOLO GLUCURONIDE	12.6
90.08.2	ANGIOTENSINA II	15.25
90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1	3.25
90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	3.35
90.09.1	APTOGLOBINA	5.1
90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	1.05
90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA	4.35
90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	0.95
90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Dirett	1.05
90.10.6	DOSAGGIO BIOTINIDASI. DOSAGGIO	2,00
90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5	1.15
90.11.1	C PEPTIDE	2.6
90.11.2	C PEPTIDE. DOSAGGIO BASALE E DOPO STIMOLO	21.5
90.11.4	CALCIO TOTALE	1.1
90.11.5	CALCITONINA	12.35

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.	1.15
90.11.7	CALCIO IONIZZATO determinazione diretta	4.2
90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI	6.35
90.12.5	CERULOPLASMINA	4,00
90.12.A	CALPROTECTINA FECALE	15.95
90.13.1	CHIMOTRIPSINA	5.75
90.13.3	CLORURO	1.1
90.13.5	COBALAMMINA (VIT. B12)	6.9
90.13.A	CISTATINA C. Non associabile a Creatinina 90.16.3 e Creatinina clearance 90.16.4	3.95
90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14	1.75
90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	1.75
90.14.1	COLESTEROLO HDL	1.8
90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	1.2
90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	10.85
90.15.3	CORTISOLO. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	10.35
90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)	1.75
90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	1.1
90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	1.9
90.16.5	CROMO	6.9
90.16.6	CROMOGRANINA A	24.85
90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA	15,00
90.16.9	CREATINA. DOSAGGIO	65.2
90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	13.6
90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	13,00
90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	21.9
90.17.6	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	23.8
90.17.8	TRI TEST: ALFAFETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE	21.75
90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	10.45
90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	7,00
90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA	12.45
90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE)	17.45
90.17.F	7-DEIDROCOLESTEROLO. DOSAGGIO	102.7
90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	28,00
90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	16.6
90.18.5	ERITROPOIETINA	15.6
90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	7.5
90.20.1	ETANOLO	4.4
90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP)	11.9
90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	3.45
90.22.3	FERRITINA	4.95
90.22.5	FERRO	1.15
90.23.2	FOLATO	5.15
90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	6.2
90.23.4	FOSFATASI ACIDA	2,00
90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	1.05
90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	12.95
90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	1,00
90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	1.15
90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	11.15
90.25.7	GLOBULINA DA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	3.15
90.25.8	GALATTOSIO-1-FOSFATO. DOSAGGIO	9.7
90.26.1	GASTRINA	14.1
90.26.3	GLUCAGONE	9.7
90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	3.8
90.27.1	GLUCOSIO. Non associabile a Osmolalità (90.34.8), Glucosio dosaggio seriale dopo carico (90.26.5)	1,00
90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)	5.4
90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	2.05
90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)	10.5
90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	3.55
90.27.6	IODURIA	2.35
90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	4.7
90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA	10.65
90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	26.95
90.28.7	IMMUNOGLOBULINE: CATENE K E LAMBDA LIBERE	19.75
90.28.C	INIBINA B	16.85
90.29.1	INSULINA	5.95
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	1.1
90.30.2	LIPASI PANCREATICA	2.6
90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	4.85
90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	5.25

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna det	2,00
90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	10,00
90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	15,00
90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	1.05
90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della compo	20.15
90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina	20.15
90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Malt	3.7
90.31.9	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE	10,00
90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	9.05
90.32.2	LITIO	9.9
90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva. Non associabil	23.25
90.32.5	MAGNESIO TOTALE	1.65
90.32.6	LISOZIMA/S	2.35
90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	3.4
90.33.5	MIOGLOBINA	4.3
90.33.6	METANEFRINE FRAZIONATE	19.8
90.33.A	NEUROTRASMETTITORI. DOSAGGIO Liquor	5.05
90.34.2	NICHEL	6.9
90.34.4	OLIGOELEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOELEMENTO	6.9
90.34.6	OMOCISTEINA	11.3
90.34.7	OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta	1.25
90.34.8	OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.	3.85
90.34.A	INSULIN GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]	6.9
90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	9.3
90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri or	27.1
90.35.3	OSSALATI [U]	8.35
90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	17.2
90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	8.8
90.35.6	SOMATOSTATINA	16.8
90.36.3	PIOMBO	6.9
90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK)	31.1
90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	11.05
90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o N-proBNP)	16.55
90.37.1	PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE	19.4
90.37.2	PORFOBILINOGENO	6.4
90.37.3	POST COITAL TEST	2.9
90.37.4	POTASSIO. Non associabile a 90.34.8	1.25
90.37.6	PREALBUMINA	2.7
90.37.7	PROPEPTIDE AMMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)	26.55
90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO	3.7
90.38.1	PROGESTERONE	7.9
90.38.2	PROLATTINA (PRL). Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	7.1
90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	5.1
90.38.5	PROTEINE TOTALI	0.9
90.38.8	MACROPROLATTINA	6.35
90.38.G	ACIDO OMOVANILLICO	13.55
90.38.M	PEPSINOGENO A (I)	12.4
90.38.N	PEPSINOGENO C (II)	8.3
90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	4.95
90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	6,00
90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	9,00
90.39.4	RAME	4.9
90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA	15,00
90.39.7	COBALTO	6.9
90.40.2	RENINA. Non associabile a Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	22.75
90.40.3	SELENIO	6.9
90.40.4	SODIO. Non associabile a 90.34.8	0.85
90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE	6.7
90.40.7	INSULIN GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	15,00
90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9	27.75
90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening. Non associa	55.15
90.40.A	SWELLING TEST	20.15
90.40.B	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	21.35
90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica	21.35
90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	21.35
90.40.F	SULFITI. SCREENING Urine mediante Sulfitest	5.5
90.40.G	STEROLI. DOSAGGIO Plasma	10,00
90.41.3	TESTOSTERONE	6.9

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3	13.9
90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	13.35
90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE DEL COLLAGENE TIPO 1	18.9
90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH = 0.45 mU/L e = 3.5 mU/L: referto del solo TSH senza ulteriori indagini; Se TSH < 0.45 m	6.8
90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a TSH Reflex (90.41.8), Ormoni dosaggi seriali (90.35.2)	4.75
90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	4.8
90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	1.7
90.42.5	TRANSFERRINA	3.2
90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)	20.9
90.42.B	TRIPTASI	19.5
90.43.2	TRIGLICERIDI	1.1
90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	4.8
90.43.4	TRIPSINA	9.8
90.43.5	URATO	1.05
90.43.7	URINE RICERCA DI SPERMATOZOI	0.85
90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO	2.65
90.44.1	UREA. Non associabile a 90.34.8	1.1
90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	2.55
90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)	14.9
90.44.6	VITAMINA D (25 OH)	11.15
90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	13.75
90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	13.65
90.45.4	ZINCO	6.5
90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA	7.4
90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	7,00
90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	4.1
90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	5.05
90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	11.65
90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening	8,00
90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	7.95
90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	10.95
90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	10.95
90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	10.95
90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	10.95
90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola	10.95
90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	10.95
90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)	10.4
90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	12.1
90.47.F	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	9.35
90.47.G	ANTICORPI ANTI GM1 (MONOSIALOGANGLIOSIDE)	24.4
90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	9.2
90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	12.6
90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	8,00
90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	9.35
90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	9.8
90.48.9	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE	12.6
90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	11.65
90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Identificazione)	9.35
90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	8.35
90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG	8.9
90.49.6	ANTICORPI ANTI BETA 2 GLICOPROTEINA 1 (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	7.95
90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	9.5
90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE	15,00
90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI	26.2
90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)	26.2
90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	9.5
90.50.A	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgG	112,00
90.50.B	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI T	31.7
90.50.C	SCREENING/IDENTIFICAZIONE MEDIANTE CITOTOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI B	31.7
90.50.D	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgM	112,00
90.50.E	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-MICA	64.4
90.50.F	SCREENING IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTICORPI ANTI-MICA	127.4
90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R	260.7
90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	8.2
90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI	9.5
90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	8.15
90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	8.5
90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	8.2
90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPEROSSIDASI (MPO)	11.35
90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	8.3
90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	8.2
90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	20.15

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	8.5
90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	27.65
90.52.6	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS	20.85
90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	29.1
90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE (Identificazione)	70.95
90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	23.4
90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH	25.1
90.53.6	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)	51.2
90.53.7	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)	51.2
90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3)	11.35
90.53.9	ANTICORPI ANTI RECETTORE ACETILCOLINA	27.55
90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CEREVISIAE. Per classe anticorpale	6.15
90.53.B	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ricerca ed eventuale titolazione)	10.25
90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA)	29.75
90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione	9.7
90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	19.7
90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	7.8
90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI	7,00
90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	13,00
90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	6.8
90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	6.9
90.56.3	ANTIGENE CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	6.2
90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off = 2,5 mU/L - = 10,0 mU/L). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto d	3.95
90.56.A	PROTEINA 4 dell'epididimo umano (HE4). DOSAGGIO	20.6
90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	51.2
90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)	3.05
90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]	16.15
90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	47.3
90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO	10.35
90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo	5.75
90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)	3.2
90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	1.55
90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)	12.8
90.61.3	CYFRA 21-1	18.6
90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	4.4
90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale	3.15
90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	12,00
90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	15,00
90.63.1	DOSAGGIO ATTIVITA' ANTICOAGULANTE DEI FARMACI INIBITORI FATTORE X ATTIVATO (Eparina, Rivaroxaban, etc.)	7.2
90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH. Per ciascuno antigene	12.8
90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche. Incluso: eventuali analisi suppl	21,00
90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	19,00
90.63.6	FATTORE vWF ANTIGENE (EIA)	3.55
90.63.7	FATTORE vWF CBA (EIA)	3.54
90.63.8	DOSAGGIO DELL'ATTIVITA' ANTICOAGULANTE FATTORE ANTI II A (Dabigatran, etc)	3.4
90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND. Analisi multimerica	3.55
90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	3.85
90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII). Per ciascun fattore	3.55
90.64.4	FENOTIPO Rh	12.8
90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	1.75
90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	9.45
90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO	12,00
90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	7.75
90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicità nota)	88,00
90.67.5	IgA SECRETORIE	6.75
90.67.A	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgG	225.8
90.67.B	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgG	227.25
90.67.C	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgM	239.8
90.67.D	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgM	241.25
90.67.E	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE I	331.35
90.67.F	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE II	311.75
90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene	8.95
90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO. Per profilo di allergeni	11.35
90.68.3	IgE TOTALI	6.6
90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	5.6
90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per singolo allergene	4.3
90.68.6	PROTEINA CATIONICA EOSINOFILA (ECP)	9.85
90.68.7	Ig E SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI. Fino a 8 allergeni per pannello	36.05
90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI. Fino a a 8 allergeni per pannello	36.05
90.68.9	TEST DI INIBIZIONE DELLE IgE SPECIFICHE CON ALLERGENE SPECIFICO. Pannelli di 4 allergeni a varie diluizioni	19,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
90.68.A	IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari	8.5
90.68.B	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni	54.05
90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni	54.05
90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	27.4
90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG , IgM, (Ciascuna)	3.35
90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)	5.9
90.71.5	PLASMINOGENO	5.3
90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	5.25
90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	5.25
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	3.25
90.72.4	PROTEINA S LIBERA	5.25
90.72.5	PROTEINA S TOTALE	11.15
90.72.6	PROTEINA S 100	6.45
90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	8.35
90.73.A	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgG	51.2
90.73.B	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI B IgG	51.2
90.73.C	CROSS-MATCH CITOFLUORIETRICO LINFOCITI T IgM	51.2
90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	5,00
90.74.8	TEMPO DI BOTROXINA (Reptilase)	10,00
90.74.A	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI T	48.45
90.74.B	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI B	48.45
90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	2.3
90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	2.95
90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	2.5
90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore	4.75
90.76.7	TEST DI FUNZIONALTA' PIASTRINICA (PFA)	14,00
90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	3.65
90.77.6	TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT	16,00
90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione	98.8
90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione	98.8
90.78.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Alta risoluzione	198.65
90.78.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Alta risoluzione	198.65
90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione	98.8
90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPA1. Alta risoluzione	97.3
90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPB1. Alta risoluzione	117.8
90.79.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Alta risoluzione	198.65
90.79.B	TIPIZZAZIONE GENI KIR. In trapianto mismatch	86.45
90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQA1. Alta risoluzione	105.3
90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione	98.8
90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQB1. Alta risoluzione	105.3
90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione	98.8
90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I	89.5
90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II	89.5
90.81.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB1. Alta risoluzione	147.35
90.81.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB3. Alta risoluzione	68.75
90.81.C	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB4. Alta risoluzione	49.15
90.81.D	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB5. Alta risoluzione	56.15
90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)	2.85
90.82.3	TROPONINA I, T	8.15
90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	1.8
90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque	96.15
90.84.8	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS	29.3
90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevaz	59.9
90.87.7	AEROMONAS NELLE FECI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	14.95
90.87.8	AMEBE A VITA LIBERA ESAME COLTURALE. Incluso: esame microscopico previa colorazione specifica	25,00
90.87.F	BORDETELLA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	14.25
90.87.G	BORRELIA ANALISI QUALITATIVA DNA o RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	33.55
90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	92.1
90.87.R	BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM	17.1
90.87.S	BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	13.05
90.87.T	BORRELIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale Immunoblotting	13.6
90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	9.85
90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale ant	19.45
90.88.G	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	16.6
90.88.H	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	14.7
90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	17.65
90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	9.15
90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.D	32,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
90.90.6	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Incluso: estrazione, amplificazione	43.7
90.90.7	CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	24.65
90.90.A	CRIPTOCOCCO RICERCA DIRETTA	26.55
90.90.B	CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECI (antigeni fecali e/o colorazioni alcool acido resistenti). Non associabile a 91.06.C	9,00
90.90.E	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	14.5
90.90.G	COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM	12,00
90.91.4	ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	25.75
90.92.6	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI	49.3
90.92.7	ENTAMOEBA HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DI	37,00
90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	8.55
90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANALE. Scotch test o tampone perianale	9.85
90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazio	21.95
90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococ	21.2
90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis e altri batteri e l	17.25
90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esam	18.6
90.93.8	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni.	13.05
90.93.9	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Otite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e a	13.05
90.93.A	ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lievit	10.1
90.93.B	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene). Incluso: esame microsco	14.9
90.93.C	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame mo	101,00
90.93.D	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia tracho	70.5
90.93.E	ESAME COLTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO E/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO [T	53.6
90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esa	33.55
90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico.	19.25
90.93.L	ESAME COLTURALE ESSUDATI [pleurico, peritoneale, articolare, pericardico]. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso	33.65
90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso:	25.95
90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso i	16.4
90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed	18.35
90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	26.2
90.94.6	FRANCISELLA TULARENSIS [TULAREMIA] ANTICORPI	13,00
90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGE	8.7
90.94.C	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA	4.6
90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	8.65
90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso. identificazione e antibiogramma	10.1
90.95.5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)	18.8
90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	25,00
90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI	16.9
90.96.2	LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica	3.5
90.96.6	LEPTOSPIRE ANTICORPI	33.45
90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	10.1
90.96.8	LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	10.1
90.96.9	LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	41.2
90.97.6	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	22.3
90.98.4	MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame colturale. Se positivo, incluso identificazi	15.7
90.98.9	MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e	57.9
90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	55.7
90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilev	78.9
90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA. Almeno 4 antibiotici	54.1

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcool acido r	98.3
91.01.A	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	21.95
91.02.6	MICROFILARIE [W. BANCROFTI] ANTIGENI RICERCA DIRETTA	23.7
91.02.7	MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento	4.25
91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI	23,00
91.02.9	MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)	18,00
91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione. Non associabile a 90.93.C e 90.93.	11.65
91.02.D	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	13.4
91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma. Non	8.8
91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	10.1
91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS	8.65
91.04.6	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimen	13.25
91.04.8	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting	27.2
91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa)	5.6
91.05.A	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, a	46.8
91.05.B	ANISAKIS ANTICORPI	16.4
91.05.C	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA	10.1
91.05.D	PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryprtospridium, Giardia. Incluso: estrazione, amplif	97.95
91.06.6	RICKETTSIE CONORII ANTICORPI IgG e IgM	14.5
91.06.A	PNEUMOCYSTIS JIROVECII IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (	7.2
91.06.B	PNEUMOCYSTIS JIROVECII IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	63.05
91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi. Non associabile a 90.90.B, 90.92.7 e 90.9	17.45
91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e e	10.1
91.07.7	SHIGELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e ant	10.1
91.07.8	SCHISTOSOMA HAEMATOBIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico	8.7
91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI	7.15
91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME COLTURALE. Incluso: Identificazione	4.5
91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	4.9
91.08.6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	26.2
91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colurale o Baermann)	9.85
91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICERCOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	11,00
91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI	10.4
91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI	9.7
91.08.C	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI	12.5
91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI	17,00
91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazi	43.85
91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali I	8.5
91.10.7	TRICHINELLA ANTICORPI	16,00
91.10.8	TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI	17,00
91.10.9	TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento	10.1
91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI. Non associabile a 90.93.B	23.5
91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione	6.65
91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	84.4
91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	47.85
91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione	28,00
91.12.6	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RIVELAZIONE) CORONAVIRUS - SECREZIONI RESPIRATORIE	4.856,00
91.12.8	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	5,00
91.12.9	VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazion	142.2
91.12.A	VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	96.15
91.12.B	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retrotrascrizione,	51,00
91.13.1	VIRUS ANTICORPI NAS	8.3
91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma). Non associabile a 91.15.F, 91.19.5 e 91.23.F	32.05
91.13.6	VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene	9.55
91.13.7	VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI	5,00

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	28,00
91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	49.35
91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	44.3
91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)	7.2
91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventua	8.4
91.16.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplif	112.45
91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	41.85
91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento	86.2
91.16.D	VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM	98,00
91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	46.45
91.17.6	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta	5.7
91.17.8	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	7.15
91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	5.4
91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	4.75
91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	5.35
91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	4.1
91.18.6	VIRUS EPATITE B [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBcAg]. Incluso: ANTICORPI anti HBcAg IgM s	26.2
91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	41.65
91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	49.75
91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Sa	6.95
91.19.6	VIRUS EPATITE C ANTIGENE	12.25
91.19.7	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplif	339.1
91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso:, estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequ	80.7
91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	12.35
91.20.6	VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI	12.25
91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.	22,00
91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio	13.1
91.21.9	VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo	84.55
91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG	6,00
91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	46.1
91.22.2	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	55.5
91.22.3	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	72,00
91.23.7	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incl	225,00
91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione	23,00
91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non assoc	12.05
91.24.8	VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	5,00
91.24.9	VIRUS PAPILLOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	63.2
91.24.C	VIRUS PAPILLOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	98.2
91.24.F	VIRUS MORBILLO ANTICORPI IgG e IgM	14.95
91.24.G	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM	15.6
91.25.8	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM	17.1
91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI	9.5
91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	16.35
91.26.9	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	5,00
91.26.C	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM	8.5
91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbi	11.45
91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	6.7
91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	12.85
91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO	147,00
91.30.6	TEST GENOMICI PER PATOLOGIA MAMMARIA NEOPLASTICA IN STADIO PRECOCE ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATA	2.000,00
91.30.7	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE MEDIANTE SEQUENZIAMENTO MASSIVO PARALLELO PER CARCINOMA NON A PICCOLE CELLULE NON SQUAMOSO (ADENOCARCINOMA) METASTATICO DEL POLMONE CITO/ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATO	1.150,00
91.30.8	ANALISI DI SEQUENZE GENICHE MEDIANTE SEQUENZIAMENTO MASSIVO PARALLELO PER COLANGIOCARCINOMA/CARCINOMA DELLE VIE BILIARI AVANZATO, CITO/ISTOLOGICAMENTE DIAGNOSTICATO, SUSCETTIBILE DI TRATTAMENTO SISTEM	1.150,00
91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	17.9
91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	17,00
91.38.L	CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo	160,00
91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al comple	30.2

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimi	21.15
91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche n	33.15
91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari Istochimiche e/o immunoistochimi	35,00
91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al c	33.15
91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche ne	40,00
91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche n	33.15
91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochim	38,00
91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al co	36,00
91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie a	38,00
91.39.L	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochim	55.65
91.39.N	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche nece	70,00
91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche	42.3
91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche	42.3
91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche ne	42.3
91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoisto	42.3
91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie	42.3
91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari i	42.3
91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementar	55.45
91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochi	42.3
91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche nece	59.1
91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA. Incluso: valutazione immunoistochimica per CD3	51.5
91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi	65.85
91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistoch	55.45
91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o imm	42.3
91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Incluso: eventuali analisi supplementari i	77.95
91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche	55.45
91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochim	42.3
91.41.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITE CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Incluso: e	61.25
91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e	42.3
91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimi	55.45
91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Incluse eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche neces	62.7
91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Incluso:eventuali analisi supplementari istochimiche e/o i	61.25
91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoist	42.3
91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluse eventuali analisi supplementari istochimiche e/o i	42.3
91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche neces	42.3
91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochi	42.3

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immu	42.3
91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche).	66.5
91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochim	42.3
91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e	42.3
91.43.K	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche	59.5
91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochim	42.3
91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplement	76.9
91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochi	65.85
91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoisto	73.96
91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche nece	55.45
91.46.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistoch	42.3
91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/	122.5
91.47.8	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 m	139.65
91.47.C	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni	190.3
91.47.L	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRA	63.15
91.47.M	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA Almeno 2 marcatori	63.15
91.47.N	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marc	63.15
91.47.P	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERI	63.15
91.48.2	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Incluse eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completament	42.3
91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	151.3
91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	3.8
91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	6.95
91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	4.45
91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	3.8
91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	2.55
91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Incluse eventuali analisi supplementari istochim	55.45
91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Incluse eventuali analisi supplementari isto	55.45
91.5R.1	SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO Incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chet	40,00
91.5R.2	ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO	159.2
91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI	174.2
91.5R.4	ACIDO OROTICO URINARIO. DOSAGGIO	28,00
91.5R.5	BETA-IDROSSIBUTIRRATO	5,00
91.5R.6	ACIDO ACETOACETICO	10,00
91.5R.7	NEFA (acidi grassi non esterificati)	2.15
91.5R.8	CARNITINA LIBERA	8,00
91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA	8,00
91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS	52.85
91.5R.B	SUCCINILACETONE URINARIO	102.7
91.5R.C	N-ACETILASPARTATO	10,00
91.5R.D	PTERINE PLASMATICHE E URINARIE	40,00
91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI	40,00
91.5R.F	CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI	40,00
91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)	102.7
91.5R.H	ISOLELETTROFOCUSING DELLA TRANSFERRINA SIERICA	40,00
91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA	111.85
91.5R.K	ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.L	ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.M	ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.N	ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.P	ENZIMI METABOLISMO PIRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.Q	ENZIMI LISOSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	128,00
91.5R.R	ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
91.5R.S	ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.T	ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.U	ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	40,00
91.5R.W	RAME TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	4,00
91.5R.X	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING	10,00
91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO	43,00
91.5R.Z	N-ACETILGLUCOSAMINIDASI	6.5
91.60.1	STATO MUTAZIONALE EGFR	151,00
91.60.2	RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1	196.75
91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS, N-RAS	256,00
91.60.4	STATO MUTAZIONALE H-RAS	151.3
91.60.5	STATO MUTAZIONALE K-RAS	151.6
91.60.6	STATO MUTAZIONALE B-RAF	151.3
91.60.7	INSTABILITA' MICROSATELLITARE	151.6
91.60.8	STATO MUTAZIONALE C-Kit	151.3
91.60.9	STATO MUTAZIONALE PDGFRA	151.6
91.60.A	STATO HER2-neu	151.3
91.60.B	METILAZIONE PROMOTORE MGMT	151.6
91.60.C	MUTAZIONI IDH1-2	151.3
91.60.D	CODELEZIONE 1p/19q	151.6
91.60.E	STATO MUTAZIONALE RET	151.3
91.60.F	AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC	151.6
91.60.G	RIARRANGIAMENTO EWSR1	151.3
91.60.H	RIARRANGIAMENTO gene DDIT3	151.6
91.60.J	RIARRANGIAMENTO gene FOX01	151.3
91.60.K	AMPLIFICAZIONE MDM2	151.6
91.60.L	TRASLOCAZIONE (X;18)	151.3
91.60.M	TRASLOCAZIONE (7;16)	151.6
91.60.N	TRASLOCAZIONE der (17) t (X;17)	151.3
91.60.P	TRASLOCAZIONE t (12;15)	151.6
91.60.Q	TRASLOCAZIONE (11;14)	151.3
91.60.R	TRASLOCAZIONE (9;14)	151.6
91.60.S	TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3:14)	151.3
91.60.T	TRASLOCAZIONE t (2;12)	151.6
91.60.U	TRASLOCAZIONE t (14;18)	151.3
91.60.V	TRASLOCAZIONE (2;17)	151.6
91.60.W	TRASLOCAZIONE (8;14) , (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	151.3
91.60.X	TRASLOCAZIONE (2;5), (1;2)	151.6
91.60.Z	RIARRANGIAMENTO GENI DELLE IMMUNOGLOBULINE	256,00
91.61.1	RIARRANGIAMENTO DEL RECETTORE DELLE CELLULE T (TCR)	151,00
91.61.2	RIARRANGIAMENTO Bcl6	151.3
91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI	6,00
91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni	11.6
91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Inclusa visita allergologica di controllo	32.95
91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci	23.2
91.90.7	TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute	77.5
91.90.8	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI. Fino a 7 allergeni	13,00
91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO [Open test]. Per singolo allergene.	12,00
91.90.A	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	69,00
91.90.B	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni	52.05
91.90.C	TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene	12,00
92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	47.55
92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	34.95
92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	46.1
92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA	125.95
92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLECISTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO	110.95
92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	60.85
92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura conte	122.4
92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Incluso: posizionamento di catetere	81,00
92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)	41.25
92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	68.6
92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6	52.15
92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	101,00
92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	111.2
92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA. Non associabile a 92.04.2	98,00
92.04.7	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	69.85
92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Incluso: test cardi	223.4

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della	116.9
92.05.7	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON FDG	1539.85
92.05.A	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	223.4
92.05.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	1539.85
92.05.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	1539.85
92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventr	195.95
92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della fu	242.95
92.09.1	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET-TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test	1071.6
92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Non associabile a 92.05.E	146.9
92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da	171,00
92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	627.5
92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazio	257.75
92.11.6	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	939.95
92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	1035.05
92.11.A	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	1267.9
92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	206.35
92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a 92.13	280.8
92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: even	75,00
92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: event	210,00
92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92	181.3
92.15.6	VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA	133,00
92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica.	119.05
92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA. Non associabile a 92.19.8	384,00
92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica s	310,00
92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento dell	124.15
92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.	85.35
92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della pres	246,00
92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomo	246,00
92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamen	400,00
92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmenta	480,00
92.18.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	1071.7
92.18.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica seg	1.116,00
92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	293.25
92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	323.8
92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]	90.85
92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.11.8, 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1	244.8
92.19.A	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	67,00
92.19.B	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	1.530,00
92.21.1	ROENTGENTERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	8.8
92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	27,00
92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	42,00
92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo	65,00
92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 8 Gy.	1480.4
92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Cicl	95,00
92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e	210,00
92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta.	600,00
92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	1480.4
92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo	1.408,00
92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	45.35

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Incluse le fasi propedeutiche alla prestazione	1229.1
92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	1.811,00
92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	905.5
92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattat	350,00
92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	175,00
92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	59.9
92.28.1	TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131	238.75
92.28.3	TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOSINOVIORTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE	225,00
92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	659,00
92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	988.2
92.28.7	TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE	175,00
92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	520,00
92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	68,00
92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	123,00
92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	161,00
92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	30,00
92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	142.4
92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	14,00
92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	118.75
92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento	102.7
92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di	476,00
92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER I^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola sedut	31,00
92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	82,00
92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	82,00
92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	240,00
92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	76.65
92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	99,00
92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	200,00
92.29.U	ADROTERAPIA - Ciclo intero.	21.000,00
92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).	8.000,00
92.29.W	ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).	10.000,00
92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAM	550,00
92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAM	450,00
93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa ref	20,00
93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello	11.95
93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a live	11.95
93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi	11.95
93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relat	11.95
93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o co	11.95
93.01.8	"VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura valid	14.35
93.01.9	"VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELL'APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura v	14.35
93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESCICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di	14.35
93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condi	11.95
93.01.C	VALUTAZIONdi E MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati	11.95
93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e re	11.95
93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE	9.6
93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo	11.95
93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	17,00
93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo	13.55
93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	16.55
93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e	18,00
93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5	13,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.0	14.9
93.05.6	ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclus	19.35
93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del p	30.2
93.05.8	GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri sp	108.75
93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE	15.55
93.07.2	PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	13.35
93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta	10.45
93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago	10.45
93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell' occhio (95.25)	13.65
93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti	10.45
93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	10.45
93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	10.45
93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	10.45
93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Non	116,00
93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non	98,00
93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Incluse tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG	78,00
93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Incluse tutte le fibre indagabili.	78,00
93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basog	85.6
93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli). Non associabile a 93.05.8	51.65
93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B	10.45
93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti. Non associabile a 93.08A e 93.08.B	10.45
93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie eo IADL). Con l'utilizzo di strumenti di m	14.35
93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie eo IADL). Con l	8,00
93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di m	8,00
93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle “funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento” secondo ICF dell’OMS e	12.35
93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funz	29.55
93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di	6.15
93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio” secondo ICF dell’OMS. Per seduta dell	12.5
93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	4.2
93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle “funzioni dell’apparato digerente” secondo ICF dell’OMS. Per seduta della durata di 30	12.5
93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle “funzioni genito-urinarie”, incontinenza urinaria, secondo ICF dell’OMS. Per se	12.35
93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata preva	10,00
93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata pr	12.5
93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevale	4.05
93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle “funzioni della voce e dell’eloquio” secondo ICF dell’OMS della durata di 60	6.25
93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria person	9.8
93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona,	5.6
93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie s	45,00
93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle “funzioni delle articolazioni,	22.55
93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. Ciclo fino a 4 sedute	14.7
93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di ar	8.85
93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle “funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunol	11.4
93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle “funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunolog	3.85

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINAIncluso farmaco	51,00
93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast compreso il materiale di realizzazione	21.4
93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA	21.4
93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	7.2
93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	7,00
93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa pr	12,00
93.39.6	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso	4.6
93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcella	11.4
93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	30.95
93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA	30.95
93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	30.95
93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	8.1
93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	15.2
93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalico	25.2
93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	19.15
93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale	12.7
93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale	22.7
93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede	6.05
93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale	15.6
93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	3.85
93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico	25.2
93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO	21.3
93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	6.85
93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA	13.95
93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 min	12.35
93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	12.35
93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	4.4
93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	1.75
93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale	7.7
93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	8.7
93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedut	8.4
93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 se	2.15
93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI	34,00
93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco	1.65
93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta	82.6
93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	7.75
93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta ind	6.35
93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	8.7
93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	23.2
94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	9.7
94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET, Test d	15.45
94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzi	5.8
94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	5.8
94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	5.95
94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	5.8
94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	7.75
94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	27.1
94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	5.8
94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	5.8
94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	25,00
94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	17.9
94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	25,00
94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)	19.3
94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	23.2
94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta	26,00
94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	9.7
95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, F	25.8
95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	35.6
95.03.2	PUPILLOMETRIA	2.55
95.03.3	TOMOGRAFIA OTTICA A LUCE COERENTE (OCT). Non associabile a 95.09.4	35.6
95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	18,00
95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	7.75
95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	7.75

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	7.75
95.09.2	ESOFTALMOMETRIA	7.9
95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	7.75
95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA [HRT o GDX o OCT] Non associabile a 95.03.3	49.4
95.09.5	ABERROMETRIA OCULARE	7.75
95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Incluso: refertazione.	7.7
95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	3.85
95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA	46.45
95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	116.45
95.13	ECOGRAFIA OCULARE	35.6
95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	35.6
95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE CON CONTA CELLULE ENDOTELIALI	30.95
95.13.3	ECOBIOMETRIA, ESAME BIOMETRICO INTERFEROMETRICO	19.35
95.2	TEST DI HESS - LANCASTER	7.75
95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	33.55
95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	33.55
95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	24,00
95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia,videoculografia)]. Non associabile a T	22.05
95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	30.95
95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	7.75
95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	5.6
95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	9.75
95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	9.75
95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	11.9
95.42	IMPEDENZOMETRIA	8.65
95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	22,00
95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE 'Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non assocciabile a	16.25
95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	32.5
95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI	16.25
95.48.1	VERIFICA BENEFICIO PROTESICO. Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica. Escluso: Impianto di strumenti elettro	11.9
95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	9.75
95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	12.25
95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	23.7
95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	19.5
96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	9.7
96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	9.7
96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	11.6
96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	11.6
96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA	12,00
96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI. Incluso farmaco	9.7
96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO	3.9
96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla Prima visita ORL (89.7B.8), Visita ORL di controllo (89.01.H)	7.75
96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	10.9
96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	4.65
96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA	37,00
96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione	15.45
96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	4.05
96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e deter	10,00
96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale pe	19,00
96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale	32,00
96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: aneste	58,00
96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi.	61,00
96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia	124,00
96.59.7	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolori	124,00
96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	18.05
97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI	10.2
97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Inclusa la cannula.	50.4
97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in cor	10.75
97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	15,00
97.61	RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA	279,00
97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	9.65
97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA	9.7

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
98.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE	59,00
98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE	8.4
98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE,SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	15.1
98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	10.3
98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	8.4
98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	7.75
98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	7.75
98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiologica, anestesia,	762.25
98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell	468.95
98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica	279.3
98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica . Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	33,00
98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenz	60,00
99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	11.6
99.06.A	INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	8,00
99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	25.8
99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superfice cutanea o mucosa. Incluso Emocomponen	24.6
99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurg	42.5
99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	11.6
99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso il vaccino	11.6
99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa.	10,00
99.12.4	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta	11.6
99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	11.6
99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze	7.15
99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o an	9.7
99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco	11.6
99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Incluso farmaco	10,00
99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso:eventuale training per la somministrazione	7.75
99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	10.95
99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie, endoscopie e trattamenti radioterapici, comprese le prestazioni di brachiterapia e di	19,00
99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]	443.05
99.71.1	AFERESI SELETTIVA SU PLASMA	743,00
99.71.A	AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO [granulocito-monocito aferesi terapeutica]	402.8
99.71.B	AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE	2113.4
99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA. Non associabile a 99.83	402.8
99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]	373.4
99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00
99.76	SALASSO TERAPEUTICO	25.7
99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	9.1
99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	11.65
99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72	900.6
99.91	AGOPUNTURA PER ANALGESIA	9.7
99.92	ALTRA AGOPUNTURA. ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Moxa revulsivante	9.1
99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI. Non associabile a 99.97.3	15.45
99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci,	14.05
99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	15.45
99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	72.05
DT250B1	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUDICO ASSISTENZIALE PER DIABETE PROTOCOLLO B1	-
DT250B2	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUDICO ASSISTENZIALE PER DIABETE PROTOCOLLO B2	-
DT4912	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUDICO ASSISTENZIALE PER BPCO	-
DTMAM01	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DEL TUMORE DELLA MAMMELLA	-
G1.01	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi.Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa,	450,00
G1.01.D	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)	180,00
G1.01.M	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione	227,00
G1.01.T	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette	100,00
G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantita	800,00
G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00
G1.0310	ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DA 3 A 10 GENI PER LA DIAGNOSI. SEQUENZIAMENTO ED EVENTUALE METODICA QUANTITATIVA, QUALUNQUE METODO	1.350,00
G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00
G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00
G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00
G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00
G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	800,00
G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	800,00
G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.1130	ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DA 11 A 30 GENI PER LA DIAGNOSI. SEQUENZIAMENTO ED EVENTUALE METODICA QUANTITATIVA, QUALUNQUE METODO	1.350,00
G1.12	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 12 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.13	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 13 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.14	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 14 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.15	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 15 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.16	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 16 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.17	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 17 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.18	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 18 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.19	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 19 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.20	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 20 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.21	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 21 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.22	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 22 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.23	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 23 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.24	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 24 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.25	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 25 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.26	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 26 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.27	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 27 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.28	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 28 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.29	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 29 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.30	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.150,00
G1.31	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 31geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitati	1.350,00
G1.3190	ANALISI MUTAZIONALE DI MALATTIA CHE NECESSITA DI OLTRE 31 GENI PER LA DIAGNOSI. SEQUENZIAMENTO ED EVENTUALE METODICA QUANTITATIVA, QUALUNQUE METODO	1.350,00
G1.32	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 32 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.33	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 33 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.34	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 34 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.35	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 35 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.36	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 36 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.37	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 37 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.38	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 38 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.39	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 39 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.40	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 40 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.41	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 41 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.42	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 42 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.43	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 43 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.44	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 44 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.45	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 45 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.46	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 46 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitat	1.350,00
G1.91	Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. Sequenziamento qualunque metodo	60,00
G1.92	Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)	160,00
G1.93	Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi	180,00
G1.94	Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)	120,00
G2.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE.Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed	210,00
G2.02	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differ	330,00
G2.03	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE.Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali	220,00
G2.04	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE.Analisi del cariotipo. Incluso: coltura villi coriali, coltura di villi coriali a breve e a medio	330,00
G2.05	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenz	210,00
G2.06	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE.Analisi del cariotipo. Incluso: Coltura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed event	210,00
G2.07	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE.Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo	250,00
G2.08	Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclei interfasici/MLPA e coltura del materiale biol	300,00
G2.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e coltura del materiale biologic	850,00
G2.10	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE.Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo	250,00
G3.01	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6	65,00
G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19	65,00
G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGENETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1	65,00
G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con pre	25,00
P1398	P139.8/V12.04 PAC PER FOLLOW UP POST COVID-19	25,00
P154	PAC PER LA STADIAZIONE E LA RIVALUTAZIONE DI CARCINOMA DEL COLON RETTO	25,00
P162	PAC RIVALUTAZIONE E FOLLOW-UP NEOPLASIA POLMONARE	25,00
P174	PAC STADIAZIONE E RIVALUTAZIONE NEOPLASIA MAMMARIA	25,00
P200	PAC PER LA STADIAZIONE E RISTADIAZIONE DI SINDROME LINFOPROLIFERATIVA	25,00
P2030	PAC PER MIELOMA	25,00

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
P2353	PAC PER LA DIAGNOSI DELLE LESIONI FOCALI DEL FEGATO	25,00
P2357	PAC DIAGNOSTICO ADDENSAMENTO POLMONARE	25,00
P2387	PAC PER NEOPLASIE MIELOPROLIFERATIVE CRONICHE	25,00
P2393	PAC PER L'APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO DI SOSPETTA LESIONE NEOPLASTICA MAMMARIA	25,00
P241	PAC DIAGNOSTICO NODULO TIROIDEO	25,00
P2500	PAC PER DIABETE NEODIAGNOSTICATO E NON COMPLICATO	25,00
P2501	PAC PER I GIOVANI CON DIABETE MELLITO NELLA TRANSIZIONE DAL CENTRO PEDIATRICO AL CENTRO DELL'ADULTO	25,00
P2506/7	PAC PER IL PIEDE DIABETICO	25,00
P253	PAC PER IL FOLLOW-UP DEL BAMBINO AFFETTO DA DEFICIT DI GH ISOLATO O ASSOCIATO A DEFICIT DI ALTRE TROPINE IPOFISARIE (TSH, ACTH, PRL, FSH, LH)	25,00
P259	PAC DIAGNOSTICO PER I DISTURBI DELLA PUBERTA'	25,00
P2731	PAC PER GAMMOPATIA MONOCLONALE DI SIGNIFICATO INCERTO E AMILOIDOSI	25,00
P2777	PAC SINDROME METABOLICA	25,00
P27801	PAC OBESITÀ	25,00
P2859	PAC DIAGNOSTICO ANEMIA	25,00
P287	PAC DIAGNOSTICO PER DISTURBI EMORRAGICI E TROMBOCITOPENIE	25,00
P299	PAC DISTURBI SPETTRO AUTISTICO ETA EVOLUTIVA	25,00
P307	PAC DIAGNOSTICO DISTURBO REGOLAZIONE ETA EVOLUTIVA	25,00
P3075	PAC DISTURBI ALIMENTAZIONE	25,00
P309	PAC DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS IN ETA EVOLUTIVA	25,00
P312	PAC DIAGNOSTICO DISTURBI MISTI DELLA CONDOTTA ETA EVOLUTIVA	25,00
P313	PAC DIAGNOSTICO DISTURBI EMOTIVITA ETA EVOLUTIVA	25,00
P315	PAC DISTURBI SPECIFICI NEUROPSICOLOGICI ETA EVOLUTIVA	25,00
P331	PAC DETERIORAMENTO FUNZIONI COGNITIVE	25,00
P338	PAC PER LA DIAGNOSI ED IL TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO	25,00
P340	PAC DIAGNOSTICO PER SCLEROSI MULTIPLA	25,00
P345	PAC EPILESSIA	25,00
P362	PAC DIAGNOSTICO PER LE PATOLOGIE VASCOLARI OCULARI	25,00
P363	PAC DIAGNOSTICO PER FLOGOSI UVEALI	25,00
P377	PAC PER LA DIAGNOSI ED IL FOLLOW-UP DELLE PATOLOGIE NEURO-OFTALMOLOGICHE	25,00
P386	PAC PER LA SINDROME VERTIGINOSA	25,00
P388	PAC DIAGNOSTICO PER GLI ACUFENI	25,00
P389	PAC PER LE IPOACUSIE	25,00
P401	PAC DIAGNOSTICO IPERTENSIONE	25,00
P414	PAC FOLLOW-UP CARDIOPATIA ISCHEMICA	25,00
P427	PAC DIAGNOSI E FOLLOW-UP ARITMIE CARDIACHE	25,00
P428	PAC PER LA GESTIONE DELLO SCOMPENSO CARDIACO	25,00
P4294	PAC PER LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	25,00
P438	PAC PER FOLLOW-UP, RIABILITAZIONE E PREVENZIONE DELLE COMPLICANZE DELLE MALATTIE CEREBROVASCOLARI	25,00
P440	PAC DIAGNOSTICO ARTERIOPATIA CRONICA DEGLI ARTI	25,00
P4912	PAC PER LA BPCO CON E SENZA INSUFFICIENZA RESPITATORIA CRONICA	25,00
P4939	PAC PER L'ASMA BRONCHIALE	25,00
P555	PAC DI DIAGNOSI E DI SORVEGLIANZA PER LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO (MICI)	25,00
P556	PAC DI DIAGNOSI E DI SORVEGLIANZA PER LE MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE DELL'INTESTINO (MICI)	25,00
P5714	PAC PER LA DIAGNOSI E IL FOLLOW UP DELLE MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	25,00
P5790A	PAC DIAGNOSTICO CELIACHIA	25,00
P583	PAC PER LA DIAGNOSI DELLE NEFROPATIE	25,00
P585A	PAC PER L'INSUFFICIENZA RENALE CRONICA	25,00
P585B	PAC PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITA AL TRAPIANTO RENALE	25,00
P592	PAC PER NEFROLITIASI O PER COLICA RENALE	25,00
P64801	PAC DIABETE GESTAZIONALE E FOLLOW-UP POSTPARTUM	25,00
P64803	PAC DIABETE IN GRAVIDANZA (DIABETE MELLITO, CONDIZIONE O COMPLICAZIONE ANTEPARTUM)	25,00
P710	PAC PER LA DIAGNOSI E IL FOLLOW UP DELLE CONNETTIVITI SISTEMICHE E DELLA SINDROME DA ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI	25,00
P714	PAC PER LA DIAGNOSI E IL FOLLOW UP DELLE ARTRITI	25,00
P7330	PAC DIAGNOSTICO PER L'OSTEOPOROSI	25,00
P750A	PAC PER LE PATOLOGIE CONGENITE DELL'APPARATO GASTRO-INTESTINALE	25,00
P752A	PAC PER LE PATOLOGIE MALFORMATIVE CONGENITE DELL'APPARATO GENITO-URINARIO	25,00
P7650A1	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE A1	100,00
P7650A2	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE A2	864,00
P7650A3	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE A3	688,00
P7650A4	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE A4	551,00
P7650B1	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE B1	130,00
P7650B2	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE B2	97,00
P7650C	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE C	67,00
P7650D	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE D	67,00
P7650E	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE E	150,00
P7650F	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE F	90,00
P7650G	PAC FOLLOW-UP BAMBINO PRETERMINE G	150,00
P78002	PAC DIAGNOSTICO PERDITA TRANSITORIA DI COSCIENZA	25,00
P7804	PAC DIAGNOSTICO DISTURBI EQUILIBRIO	25,00
P78057	PAC PER LA SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE DEL SONNO (O.S.A.S.)	25,00
P7834	PAC DIAGNOSTICO PER RITARDATA CRESCITA	25,00

Copia

Allegato 1 "Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale"

CODICE	DENOMINAZIONE	TARIFFA
P7840A	PAC DIAGNOSTICO CEFALEA E ALTRE SINDROMI DOLOROSE NEUROLOGICHE	25,00
P7840B	PAC DIAGNOSTICO CEFALEA ETA PEDIATRICA	25,00
P7856	PAC DIAGNOSTICO PER ADENOLINFOMEGALIA SUPERFICIALE	25,00
P7865	PAC DIAGNOSTICO DOLORE TORACICO	25,00
P78831	PAC PER LA GESTIONE DELL¿INCONTINENZA URINARIA DA URGENZA DI ORIGINE IDIOPATICA O NEUROLOGICA REFRATTARIA AGLI ANTIMUSCARINICI	25,00
PV08	PAC DIAGNOSTICO PAZIENTE HIV NAIVE	25,00
PV106A	PAC DIAGNOSTICO PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITA' DEL PAZIENTE AL TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE	25,00
PV1251	PAC DIAGNOSTICO PER TROMBOFILIA	25,00
PV420	PAC FOLLOW-UP PAZIENTI TRAPIANTATI DI RENE	25,00
PV427	PAC PER IL FOLLOW UP DEI PAZIENTI TRAPIANTATI DI FEGATO	25,00
PV4983	PAC PER L'ACCERTAMENTO DI IDONEITA AL TRAPIANTO DI FEGATO	25,00
PV58	PAC SOMMINISTRAZIONE FARMACI	-
PV5869	PAC MONITORAGGIO PAZIENTI IN TERAPIA ANTIRETROVIRALE	25,00
PV5902	PAC PER LA SELEZIONE DEL DONATORE DI CELLULE STAMINALI EMATOPOIETICHE	25,00
PV594	PAC PER LO STUDIO DONATORE VIVENTE	25,00
PV840	PAC PER LA SORVEGLIANZA E LA DIAGNOSI PRECOCE DEL CARCINOMA MAMMARIO - OVARICO IN DONNE AD ALTO RISCHIO GENETICO-FAMILIARE	25,00
V56.A	DIALISI - A	-
V56.B	DIALISI - B	-
V70.31	VISITA SPECIALISTICA CON CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA SPORT DI TABELLA "A", SOGGETTI MAGGIORI DI 18 ANNI	3.615,00
V70.32	VISITA SPECIALISTICA CON CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA SPORT DI TABELLA "B", SOGGETTI MAGGIORI DI 18 ANNI	3.615,00
V70.33	VISITA SPECIALISTICA CON CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA SPORT DI TABELLA "A", SOGGETTI MINORI DI 18 ANNI	2.582,00
V70.34	VISITA SPECIALISTICA CON CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA SPORT DI TABELLA "B", SOGGETTI MINORI DI 18 ANNI	2.582,00

Copia

Allegato 2

Nomenclatore Tariffario Regionale delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale – indicazioni metodologiche

L'allegato 2 del Decreto del dicembre 2024 descrive il contenuto delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che l'ambulatorio/laboratorio del Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto ad erogare all'assistito cui la prestazione è destinata.

Il nomenclatore Tariffario Nazionale è lo strumento sul quale si basano gli scambi di mobilità interregionale, come prevede l'Accordo Interregionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria approvato annualmente dalla Conferenza Stato-Regioni.

A livello regionale, si procede ad un aggiornamento del Nomenclatore Tariffario Regionale allo scopo di recepire il Nomenclatore Tariffario Nazionale di cui al citato decreto del dicembre 2024

Le tariffe del nomenclatore Tariffario Regionale, il quale discende dal nazionale con alcune modifiche o integrazioni, rappresentano le Tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili a carico del Servizio sanitario nazionale il livello massimo è utilizzato a riferimento per la definizione dei budget ed il rimborso delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

Il nuovo nomenclatore Regionale recepisce il contenuto del nomenclatore nazionale con alcune modifiche che non rappresentano Livelli di assistenza aggiuntivi, in particolare:

1) Sono state mantenute alcune prestazioni precedentemente inserite nel nomenclatore regionale che, pur non rappresentando un LEA aggiuntivo, non sono presenti nel nomenclatore Nazionale.

L'inserimento nel nomenclatore tali APA è necessario al fine di ridurre l'elevata inappropriatezza degli interventi chirurgici in quegli ambiti;

Tali prestazioni sono:

a) I seguenti APA come da Deliberazione della Giunta Regionale 21 dicembre 2006, n. 922 avente per oggetto "*Integrazione deliberazione Giunta regionale n. 143/06. Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera, introduzione di ulteriori accorpamenti di prestazioni ambulatoriali e di pacchetti ambulatoriali complessi*"

- 69.09 "*Dilatazione o raschiamento dell'utero (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento, compreso esame istologico). Escluso: dilatazione e raschiamento per interruzione di gravidanza ed a seguito di parto o aborto*"
- 86.3.6 "*Asportazione chirurgica di lesione dalla cute non coinvolgente le strutture sottostanti per patologie benigne (es. nevi, lipomi etc.) (prestazione comprensiva di anestesia, visite ed esami pre e post intervento compreso esame istologico). Escluso: crioterapia di lesione cutanea, asportazione di lesione cutanea mediante cauterizzazione o folgorazione (codici 86.3.1 e 86.3.3))*"
- 86.4.7 "*Asportazione chirurgica radicale di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti e/o con importante estensione superficiale per patologie neoplastiche o altre lesioni molto estese (prestazione di anestesia, visite ed esami pre e post intervento compreso esame istologico)";*

b) Il test molecolare per la ricerca del virus SARS-CoV-2 introdotto con Determinazione G00251 *del 17 gennaio 2022 avente per oggetto "Disposizioni in materia di test molecolari per la ricerca del virus SARS-CoV-2. Revoca della Determinazione G02556 del 6 marzo 2020.Aggiornamento "Allegato A" del Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale e del*

Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili a seguito della revisione dei costi dei reagenti":

- 91.12.6 Virus acidi nucleici in materiali biologici (inclusa estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rivelazione) coronavirus - secrezioni respiratorie;

c) I test *Next-Generation Sequencing* introdotti con Determinazione n. G18971 del 29 dicembre 2022 avente per oggetto "*Disposizioni in attuazione del Decreto del Ministero della Salute del 18 Maggio 2021 in relazione ai test genomici per il carcinoma mammario ormonoresponsivo in stadio precoce e del Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022 in relazione ai test di Next-Generation Sequencing di profilazione genomica dei tumori. Aggiornamento "Allegato A" del Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale e del Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili.":*

- 91.30.6 - Test genomici per patologia mammaria neoplastica in stadio precoce istologicamente diagnosticata
- 91.30.7 - Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per carcinoma non a piccole cellule non squamoso (Adenocarcinoma) metastatico del polmone cito/istologicamente diagnosticato;

d) Il test *Next-Generation Sequencing* introdotto con Determinazione n. G13208 del 6 ottobre 2023 avente per oggetto "*Approvazione del documento tecnico regionale inerente il "Potenziamento dei test di Next-Generation Sequencing per la profilazione genomica del colangiocarcinoma" e adozione di tutti gli atti necessari in attuazione del Decreto 6 marzo 2023 del Ministero della Salute. Aggiornamento "Allegato A" del Nomenclatore Tariffario Regionale per Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale e del Catalogo Unico Regionale (CUR) delle prestazioni specialistiche prescrivibili":*

- 91.30.8 - Analisi di sequenze geniche mediante sequenziamento massivo parallelo per colangiocarcinoma/carcinoma delle vie biliari avanzato, cito/istologicamente diagnosticato, suscettibile di trattamento sistemico.

Copia

Il Presidente pone ai voti, a norma di legge, il suesteso schema di deliberazione che risulta approvato all'unanimità.

(O M I S S I S)

IL SEGRETARIO
(Maria Genoveffa Boccia)

LA VICEPRESIDENTE
(Roberta Angelilli)

Copia