

Deliberazione della Giunta Regionale 2 luglio 2013, n. 11-6036

Decreto Ministero della Salute 18/10/2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale" - Recepimento ed aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui alla D.G.R n. 73-13176 del 26.07.2004 e s.m.i.

A relazione dell'Assessore Cavallera:

Il Decreto 18 ottobre 2012, adottato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e pubblicato sulla G.U. n. 23 del 28/01/2013, ha provveduto, in applicazione dell'art. 15 – commi 15, 16, 17 e 18 del D.L. 6/07/2012 n. 95 convertito, con modificazioni, in Legge 7/08/2012 n. 135, alla determinazione delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.

Il Decreto indicato individua anche i criteri generali in base ai quali le Regioni sono tenute ad adeguare il proprio sistema tariffario nel principio di appropriatezza ed efficienza.

In questo ambito il Decreto richiama quanto stabilito dall'art. 15 – comma 17 – del D.L. 95/2012 che prevede, tra l'altro, che “gli importi tariffari, fissati dalle singole Regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali nel caso di Regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art. 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”

Con D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010 e s.m.i. è stato recepito l'Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze e la Regione Piemonte per l'approvazione del Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e, pertanto, per la Regione Piemonte le tariffe massime determinate con il richiamato decreto ministeriale del 18/10/2012 costituiscono un limite invalicabile.

La Giunta Regionale con D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i. ha aggiornato e approvato il proprio nomenclatore regionale anche in rapporto al livello qualitativo assicurato dalla rete dei servizi sanitari ambulatoriali piemontesi: questo aggiornamento ha tenuto conto in via prioritaria della necessità di incentivare l'assistenza specialistica ambulatoriale in alternativa al regime di ricovero come, peraltro, si evince dai vari provvedimenti della Giunta Regionale assunti negli ultimi anni per una razionalizzazione delle attività sanitarie secondo criteri volti a garantire al meglio la salute dei cittadini e ricercare una maggiore efficienza nella prestazione delle cure unitamente alla appropriata erogazione delle prestazioni stesse.

All'atto dell'ultima revisione del nomenclatore regionale particolare importanza è stata attribuita alle modifiche conseguenti ad azioni di incentivazione dell'appropriatezza prescrittiva e di esecuzione in quanto considerate uno degli strumenti effettivi del governo clinico e dell'organizzazione del SSN: con lo stesso provvedimento, inoltre, sono state inserite prestazioni di assistenza specialistica non classificabili quali ambulatoriali in quanto erogabili solo a pazienti ricoverati oppure riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite.

Premesso quanto sopra, considerato che il D.M. 18/10/2012 ridetermina esclusivamente le tariffe delle prestazioni tra cui quelle specialistiche ambulatoriali e nulla dispone in merito alle condizioni di erogabilità quali regolamentate all'art. 1 – punto 2 – del precedente Decreto 22 luglio 1996, ritenuto che per quanto non disposto dal D.M. 18/10/2012, restano in vigore le disposizioni di cui al Decreto Ministero della Sanità 22 luglio 1996, il recepimento del D.M. 18/10/2012 deve necessariamente tenere in considerazione anche delle prestazioni che la Regione Piemonte ha incluso nel proprio nomenclatore in quanto rispondenti ai criteri già seguiti per la precedente revisione del nomenclatore e di cui alla D.G.R. n. 73-13176 del 26 luglio 2004 e s.m.i.

Tutto ciò premesso il relatore propone di recepire il D.M. 18 ottobre 2012 “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale” quale risultante dall'Allegato 1 al presente provvedimento per costituirne parte integrante e sostanziale. Le tariffe indicate costituiscono anche il riferimento per il calcolo della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria dovuta dal cittadino ai sensi della normativa vigente in materia, nonché la base per il calcolo della quota fissa aggiuntiva così come determinata in attuazione della D.G.R. n. 11-2490 del 29/07/2011.

Il presente provvedimento approva anche l'Allegato 2 che comprende le prestazioni di assistenza specialistica non classificabili quali ambulatoriali in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o prestazioni riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzione specificatamente: tali prestazioni sono erogabili solo dalle strutture pubbliche ed è finalizzato ad una valorizzazione per una corretta contrattazione tra Aziende Sanitarie, nonché per un monitoraggio regionale su particolari attività rese dai servizi pubblici.

Le tariffe individuate con il presente provvedimento sono applicate alle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche ed equiparate e sono quelle utilizzate per il sistema tariffario delle strutture private accreditate con il SSN. In particolare per quest'ultima casistica le tariffe individuate all'Allegato 1 corrispondono alla fascia di accreditamento A, di confermare abbattimenti dell'8% e del 15% per l'identificazione rispettivamente delle tariffe di fascia B e C.

Quanto sopra premesso la Giunta Regionale, udito il relatore;

visto il D.L. 6/07/2012 n. 95 convertito, con modificazioni, in Legge 7/08/2012 n. 135,

visto il D.M. 18/10/2012;

vista la D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004;

vista la D.G.R. n. 52-14486 del 29.12.2004;

vista la D.G.R. n. 44-2323 del 6.03.2006;

vista la D.G.R. n. 21-10726 del 9.02.2009;

vista la D.G.R. n. 61-13646 del 22.03.2010;

vista la D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010;

vista la D.G.R. n. 15-2091 del 24.05.2011;

vista la D.D. n. 49 del 25.01.2011;

a voti unanimi e resi nelle forme di legge,

delibera

- di recepire il Decreto Ministero della Salute 18/10/2012 “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”;

- di approvare a far data dal 1° luglio 2013, come descritto in premessa, l'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche che vengono effettuate a livello ambulatoriale e non ambulatoriale o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzione specificatamente attribuite, erogabili nell'ambito del SSR, e di cui agli Allegati 1 e 2 parte integrante del presente provvedimento;

- di stabilire che le tariffe individuate all'Allegato 1 al presente provvedimento sono le tariffe di riferimento per il calcolo della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria dovuta dal cittadino

ai sensi della normativa vigente in materia, nonché per il calcolo della quota fissa aggiuntiva in attuazione della D.G.R. n. 11-2490 del 29 /07/2011;

- di stabilire che le tariffe individuate all'Allegato 1 al presente provvedimento sono parte integrante del sistema tariffario utilizzato per le strutture private accreditate con il SSN:tali tariffe corrispondono alla fascia di accreditamento A, e di confermare abbattimenti dell'8% e del 15% per l'identificazione rispettivamente delle tariffe di fascia B e C.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALLEGATO 1 alla D.G.R. n 11- 6036 del 2/07/2013

Comprende le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche di riferimento, e corredate da linee-guida nazionali e regionali e da indicazioni sulle modalità di rilevazione.

(elencate in ordine di branca specialistica)

branca specialistica

- 01: allergologia
- 08: cardiologia
- 09: chirurgia generale
- 12: chirurgia plastica
- 14: chirurgia vascolare – angiologia
- 19: endocrinologia
- 29: nefrologia
- 30: neurochirurgia
- 32: neurologia
- 33: neuropsichiatria infantile
- 34: oculistica
- 35: odontostomatologia – chirurgia maxillo facciale
- 36: ortopedia
- 37: ostetricia e ginecologia
- 38: otorinolaringoiatria
- 40: psichiatria
- 43: urologia
- 52: dermosifilopatia
- 56: medicina fisica e riabilitazione – recupero e rieducazione funzionale dei motulesi e neurolesi
- 58: gastroenterologia –chirurgia ed endoscopia digestiva
- 61: diagnostica per immagini:medicina nucleare
- 64: oncologia
- 68: pneumologia
- 69: diagnostica per immagini: radiologia diagnostica
- 70: radioterapia
- 79: dietetica e nutrizione clinica
- 82: anestesia
- 98: laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche – microbiologia – virologia – anatomia e istologia patologica – genetica-immunoematologia e servizio trasfusionale
- 99: altre prestazioni

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
01		0	ALLERGOLOGIA		
			<p>NOTE:</p> <p>NOTA AL CODICE 89.7 (Prima Visita allergologica): ogni centro, secondo gli indirizzi regionali, inserisce i dati clinici nel programma informativo regionale ai fini epidemiologici, statistici e di valutazione dell'appropriatezza. Rileva la singola voce di malattia di cui è affetto ogni soggetto visitato per la prima volta (es. rinite, oppure asma, etc.).</p> <p>NOTA AL CODICE 89.01 (Visita di controllo, Visita successiva alla prima): Visita di controllo per la rivalutazione del decorso clinico e della terapia. La visita di controllo deve essere erogata entro un anno dalla precedente visita. Le visite per chiarire quesiti nuovi sono da considerare prime visite (COD 89.7). Le visite effettuate al momento della somministrazione dell'estratto iposensibilizzante fanno parte della prestazione di cui al cod. 99.12.</p> <p>LINEE GUIDA PER IL CODICE I R 91.90.6 - Il codice si riferisce ad una serie di test cutanei per diagnosticare alcuni tipi di reazioni avverse a farmaci ed al veleno di imenotteri. Si tratta di test multi stadio, eseguiti a tempi stabiliti, con concentrazioni scalari di allergene seguendo le indicazioni della letteratura nazionale ed internazionale ed i protocolli regionali. I controlli positivi e negativi sono una costante e non sono conteggiabili come sostanze test.</p> <p>1) Test per anestetici locali: la prestazione si rileva al completamento dei prick ed I.D. test per almeno due e fino a 6 anestetici locali. Il challenge iniettivo con l'anestetico prescelto va conteggiato come ulteriore prestazione con lo stesso codice.</p> <p>2) Test per anestetici generali: si effettua con farmaci ipnotici, analgesici e miorilassanti utilizzati in neuroleptoanalgesia opportunamente diluiti secondo le indicazioni della letteratura. Si tratta usualmente ed al momento, di thiopentale, pancuronio, vecuronio, propofol, succinilcolina, atracurium, diazepam, prometazina, fentanile sodico, diidroperidolo (l'elenco è aggiornabile concordemente al variare delle tecniche anestetiche). Si considera prestazione rilevabile il test di almeno cinque tra le sostanze elencate/elencabili.</p> <p>3) Test per Beta lattamine (pen test): la prestazione comprende l'esecuzione dei test cutanei, prick e I.D., con PPL, benzilpenicillina potassica ed MDM con le diluizioni e le modalità tecniche previste.</p> <p>4) Test per Beta lattamine (catene laterali): si esegue a completamento del pen test con ampicillina, amoxicillina ed 1 o 2 cefalosporine e la prestazione prevede l'esecuzione sia del prick sia delle ID con le diluizioni e le modalità tecniche previste.</p> <p>5) Test di tolleranza iniettivo per altri farmaci: si effettua solo per alcuni farmaci per i quali è stato descritto un meccanismo immunologico ed è accettata la validità del test cutaneo; l'elenco è man mano aggiornato dai dati della letteratura. Si considera una prestazione ogni sostanza cimentata per patch e/o prick e ID secondo le tecniche e le diluizioni previste per la singola molecola.</p> <p>Si sottolinea come il cosiddetto "pomfo di prova" non deve essere fatto, in quanto procedura ritenuta non attendibile, potenzialmente pericolosa, e non rispondente ai requisiti previsti dalle procedure sopra descritte.</p> <p>6) Test con veleno di imenotteri: si considera prestazione il test completato in ogni passaggio ed eseguito almeno per veleni di vespa, polistes ed apis.</p> <p>I test di cui al codice 91.90.6 sono da eseguire in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).</p> <p>LINEE GUIDA PER IL CODICE R H I 91.90.7</p> <p>Sono test potenzialmente a rischio di reazioni gravi, non eseguibili di routine ma solo se altri test, in vivo ed in vitro non sono disponibili o non hanno fornito i chiarimenti diagnostici attesi. Si eseguono solo in casi selezionati, dopo aver ottenuto un valido consenso informato e valutato il rapporto rischio/beneficio. E' prevista la presenza del medico rianimatore, non necessariamente nei locali in cui si effettuano i test, durante e nelle ore immediatamente successive all'esecuzione delle procedure diagnostiche. E' necessaria la presenza continuativa del medico e di un infermiere professionale adeguatamente formato. Sono di competenza dello specialista in Allergologia e Immunologia Clinica (o di un medico di lunga e provata esperienza dedicato esclusivamente alle attività di allergologia).</p> <p>I test di cui al codice 91.90.7 sono da eseguire in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).</p> <p>NOTA AL CODICE HR 89.37.6 Prova Broncodinamica con Agente Broncocostrittore (Singolo stimolo specifico):</p> <p>Lo stesso codice identifica anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) e congiuntivale (TPCs). I dati clinici vanno inseriti nel programma informativo regionale ai fini epidemiologici, statistici e di valutazione dell'appropriatezza, rendendo in questo modo disponibile la relativa documentazione. In anamnesi va specificata la motivazione del test che deve essere registrato nell'apposita "Sezione Procedure/Test di provocazione-tolleranza" specificando il tipo di provocazione (nasale, congiuntivale, bronchiale).</p> <p>Quando il codice è riferito ad una stimolazione specifica con allergene per via BRONCHIALE il test è eseguibile solo dai Centri abilitati alle PAEC n. 07/08 (DGR n° 34-13138 DEL 26 LUGLIO 2004) in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).</p> <p>La prestazione è di competenza di specialisti in Allergologia e Immunologia Clinica, Malattie Apparato Respiratorio e/o Fisiopatologia Respiratoria.</p>		

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
01	*	89.01	VISITA DI CONTROLLO	Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita. La documentazione esistente viene aggiornata.	12,90
01	H I R*	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE	Trattasi di visita multidisciplinare in cui il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	46,50
01	*	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria	Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. Nel caso di esecuzione della rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene si utilizza il codice 89.12.A	13,90
01	I R*	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	Esame rinomanometrico associato al test di stimolazione nasale con allergene	120,00
01	R *	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	23,20
01	R *	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	37,20
01	R*	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	Curva dose-risposta - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13. Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico aspecifico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	55,80
01	I R *	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Il test si esegue facendo inalare una sostanza specifica/allergene in polvere o soluzione. Per singolo stimolo si intende la singola sostanza. Il test con materiale d'uso professionale non è previsto come ambulatoriale. Vanno eseguite spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8 misure valide. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 8 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) o congiuntivale (TPCs) sono da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prestazione per ogni allergene testato. La prestazione comprende tutti i passaggi necessari alla conclusione della procedura (8 passaggi). Deve essere disponibile la relativa documentazione.	46,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
01	R*	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -	Ogni misurazione corrisponde alla prestazione sia in età pediatrica che negli adulti	23,20
01	*	89.7	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	Nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un piano diagnostico - terapeutico. Include la visita di un paziente, già noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.	20,70
01	I R *	89.7.2	VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nel caso di farmaco allergia o sindromi complesse (più sindromi riscontrate contemporaneamente). La corretta compilazione del campo anamnesi giustifica l'aggiunta di questa prestazione a quella con codice 89.7	28,00
01	*	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	Si effettua presso il Centro per snellire le procedure per gli esami di laboratorio specifici per la diagnostica allergologica in corso.	2,60
01	R	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermatografismo/sfregamento (punta smussa, adeguata pressione e lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30"	6,00
01	R	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera una prestazione ogni seduta test con 7 allergeni inalabili e/o alimentari più i controlli positivo e negativo. Consiste nell'applicare le gtt di allergene ed eseguire la lettura dopo circa 20 minuti.	11,60
01	R	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, 25/30, lasciati in situ per 48 ore, e successiva lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	32,50
01	I R	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	SSi intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	23,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
01	I H R*	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA ORALE PER ALIMENTI, FARMACI ED ADDITIVI.	Il test è completo, e si rileva come prestazione, dopo: 1) somministrazione di una singola dose di allergene (capsuline/soluzione) o di placebo; 2) trascorso il periodo di osservazione di alcune ore (non inferiore ad un'ora). Sono test di tolleranza/scatenamento in vivo eseguibili in aperto, cieco, doppio cieco, secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	7,80
01	IR*	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI	Il test si rileva come prestazione ogni 6 sostanze testate oltre ai controlli positivi e negativi e si effettua secondo le indicazioni dei protocolli regionali.	18,60
01	IH R*	91.90.B	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	Consiste nell'applicare una sostanza aptenica/allergenica sulla faccia volare dell'avambraccio senza occlusione e senza utilizzo di apparati testanti. Sostanze da applicare e criteri di lettura secondo letteratura.	6,70
01	R *	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	1,10
01	R*	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	Consiste nella somministrazione di un estratto allergene specifico (acquoso o ritardato) a dosi crescenti o ripetute nel tempo. La prestazione prevede le valutazioni cliniche necessarie per individuare eventuali controindicazioni temporanee alla somministrazione della terapia. Si utilizza questo codice per una somministrazione di estratto per vaccinoterapia. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	11,60
01	R*	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -	Somministrazione per via iniettiva di modificatori biologici della risposta immunitaria (diversi dai vaccini antiallergici) quali ad esempio gli anticorpi monoclonali anti IgE. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	11,60
08		0		CARDIOLOGIA	0,00
08		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		59,30
08		38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		59,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
08		39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)		8,70
08		88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		46,00
08		88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -		49,10
08	*	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA - Ecocardiografia transesofagea	Con o senza contrastografia. La prestazione comprende preliminarmente la valutazione clinica della sussistenza delle indicazioni risultanti dalla prescrizione.	77,50
08	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		41,30
08	A *	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	71,80
08	I *	88.72.7	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	L'esame deve comprendere: 1- la valutazione clinica preliminare delle indicazioni e controindicazioni. 2- Monitorizzazione ECG grafica continua. 3 - Controllo pressorio. 4 - controllo continuo ecocardiografico. Il referto deve essere completato dalla interpretazione dei dati conseguiti.	109,50
08		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
08		88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		24,80
08		88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
08		88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -		23,20
08	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	12,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
08	*	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	55,80
08		89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -		18,60
08	*	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	55,80
08		89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo		55,80
08	*	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	83,70
08	*	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	23,20
08	I *	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	45,50
08	*	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)	L'esame deve comprendere monitoraggio dinamico ECG continuo di 24 ore con metodica HOLTER	62,00
08		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -		11,60
08		89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia		46,50
08	I	89.54.1	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP		45,00
08	I	89.54.2	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI		37,70
08	I	89.54.3	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE		22,80
08	I	89.54.4	ECG TRANSESOFA GEO		77,00
08	I H	89.54.5	ECG TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO		142,60
08		89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		18,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
08		89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		27,90
08		89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		18,60
08		89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)		18,60
08		89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)		27,90
08		89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		20,70
08		89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		18,60
08		89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		18,60
08	*	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -	Tilting test - con o senza prove farmacologiche	41,30
08	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	L'esame deve comprendere il monitoraggio pressorio ed il giudizio medico relativo	41,30
08		89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		46,50
08	*	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	20,70
08		99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		10,10
09		0	CHIRURGIA GENERALE		0,00
09		06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		73,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
09		06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		60,80
09	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	86,10
09	H	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -		93,90
09	H	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile		180,70
09	H	34.91	TORACENTESI -		111,60
09	H	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		198,40
09		40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari		58,50
09	H	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		83,00
09	H	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		146,40
09		41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -		48,90
09	H	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale		41,90
09		49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE -		41,90
09		49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)		41,90
09		49.11	FISTULOTOMIA ANALE - Extrasfinterica		41,90
09		49.23	BIOPSIA DELL' ANO -		33,30
09		49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica		50,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
09		49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Asportazione o demolizione di ragadi anali Escluso: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31)		50,20
09		49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI		16,50
09		49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI -		50,20
09		49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI - Emorroidectomia NAS		50,20
09		49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE -		50,20
09		49.59	SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna)		50,20
09	H	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato		108,50
09	H	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		216,90
09	H	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		216,90
09		54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -		29,30
09	H	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)		86,80
09		54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)		34,90
09	H	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		154,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
09		83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI - Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)		40,20
09		83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)		46,90
09		83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI		66,40
09		83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano		40,20
09		83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI - Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari (99.25-99.29.9)		7,00
09		85.0	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi		35,80
09		85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA -		34,70
09		85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		52,10
09		85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS - Incisione di ascesso mammario		35,80
09		85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA - Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)		35,80
09	*	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	44,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
09		86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma		9,40
09		86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -		18,60
09		86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione		31,60
09		86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)		44,60
09		86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO - Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)		44,60
09		86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		19,50
09		86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico - Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matr		20,40
09		86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE -		30,70
09		86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE - Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)		20,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
09		86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)		10,10
09		86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -		27,20
09		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
09		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
09		96.22	DILATAZIONE DEL RETTO -		9,70
09		96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -		9,70
09		96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE -		11,60
09		96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA -		11,60
09		98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -		10,10
09		98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS -		7,80
09		98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE - Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione		7,80
09		98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCEP TO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -		7,80
09		98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -		7,80
09		98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCEP TO LA MANO, SENZA INCISIONE -		7,80
09		98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -		7,80
09		98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCEP TO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -		7,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
12		0	CHIRURGIA PLASTICA		0,00
12		86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -		9,00
12		86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE - Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico - Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matr		20,40
12		86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		8,60
12		86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		20,40
12		86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti		34,10
12		86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO -		34,10
12		86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)		10,10
12		86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO -		13,70
12	H	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina		247,90
12	H	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		309,80
12	I H *	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	La prestazione è assicurata esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dai protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007).	90,00
12	H	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		247,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
12	H	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI - Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo		371,90
12	H	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -		371,90
12	H	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita		371,90
12	H	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo		495,80
12	H	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO - Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)		309,80
12	H	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano		309,80
12		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
12		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
12		93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI -		9,70
14		0	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA		0,00
14		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		59,30
14		38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		59,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
14	H	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali		251,00
14	H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		31,00
14		39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)		8,70
14		88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		46,00
14		88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -		49,10
14		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
14		88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		32,00
14		88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		24,80
14		88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
14		88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -		23,20
14		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
14		89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		18,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
14		89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		27,90
14		89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		18,60
14		89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)		18,60
14		89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)		27,90
14		89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		20,70
14		89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		18,60
14		89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		18,60
14		89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		46,50
14		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
14		99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		10,10
19		0	ENDOCRINOLOGIA		0,00
19		06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		60,80
19	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	86,10
19	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide- paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	28,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
19		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
19		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
29		0		NEFROLOGIA	0,00
29	H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		258,20
29	H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		154,90
29	R	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	129,10
29		39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		103,30
29	H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cell	165,30
29	H *	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	232,40
29	R *	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	206,60
29	R H *	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	258,20
29	H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		258,20
29	H *	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	206,60
29	I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata	172,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
29	I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata	136,70
29	I R *	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30
29	I R	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30
29	R H	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA		17,50
29	R H	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi		104,60
29	R *	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	54,70
29	R H *	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	46,50
29	I R *	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, DOMICILIARE, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	83,20
29	I R H *	54.98.4	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE IPD	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	178,20
29	I R	54.98.5	DIALISI PERITONEALE	prestazione da utilizzare in aggiunta in caso di utilizzo di soluzioni alternative al glucosio (1 al giorno)	6,00
29		88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		34,10
29	I R H *	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzione sanitaria	50,00
29	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto gia' tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	12,90
29	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale.	Tale codifica deve essere utilizzata per: Stesura del piano per ogni trattamento ospedaliero, sia di emodialisi che di dialisi peritoneale e in fase di addestramento domiciliare; Stesura del piano, ogni settimana per la dialisi ad assistenza limitata; Stesura del piano, una volta al mese, per l'emodialisi domiciliare e la CAPD; Stesura del piano per ogni trattamento in assistenza limitata con presenza del medico.	20,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
29	HR	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal GIC.	Prestazione da codificare in presenza della seguinte casistica: - inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi -	46,50
29	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	41,30
29	R H *	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	20,70
29	R H *	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	15,50
29	H	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		15,50
29	H	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE		9,70
29		99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni		9,70
29		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		11,60
29	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		439,00
30		0	NEUROCHIRURGIA		0,00
30	H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento		103,30
30	H	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi - Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, - Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)		103,30
30		04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -		71,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
30	H	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA - Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare		77,50
30	H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		184,70
30		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
30		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
30		99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA -		10,10
32		0		NEUROLOGIA	0,00
32		88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		31,30
32		88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		46,00
32		88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -		49,10
32		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
32		89.13	VISITA NEUROLOGICA -		20,70
32		89.14	ELETTROENCEFALOGRAMM A - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)		23,20
32		89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMM A CON SONNO FARMACOLOGICO		34,90
32		89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMM A CON PRIVAZIONE DEL SONNO		34,90
32		89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMM A DINAMICO 24 Ore		46,50
32		89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMM A DINAMICO 12 Ore		34,90
32		89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMM A CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		34,90
32		89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI		23,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
32		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		48,80
32		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG		34,90
32		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		34,90
32		89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica		55,80
32		89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		46,50
32		89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		46,50
32		89.15.8	POTENZIALI EVOCATI Uditivi - Per ricerca di soglia		41,80
32		89.15.9	POTENZIALI EVOCATI Uditivi - Da stimolo elettrico		93,00
32		89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		139,40
32		89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -		139,40
32		89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		139,40
32		89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA A CON VIDEOREGISTRAZIONE -		27,90
32		89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		51,10
32		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
32		93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale - Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)		7,80
32		93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive		7,80
32		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)		10,30
32		93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre		10,30
32		93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago		10,30
32		93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		13,40
32	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	10,30
32	*	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	10,30
32		93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE - Incluso: EMG		10,30
32		93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		10,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
32	I	93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE	Studio neurofisiologico del SNP (nervi, radici, plessi) e dei muscoli arti superiori. La prestazioni è riferita ad 11 segmenti esaminati. Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	110,00
32	I	93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE	Studio neurofisiologico del SNP (nervi, radici, plessi) e dei muscoli arti inferiori La prestazioni è riferita ad 8 segmenti esaminati Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	85,00
32	I	93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO	Studio neurofisiologico momolaterale del SNP (nervi) e dei muscoli del distretto cranico La prestazioni è riferita ad 4 segmenti esaminati Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	45,00
32		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		10,30
32		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		10,30
32		93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		8,70
32		93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)		8,40
32		93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)		2,10
32		94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		15,50
32		94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		5,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
32		94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		5,80
32		94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		5,80
32		94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		5,80
32		94.08.4	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)		27,10
32		99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -		9,70
33		0	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		0,00
33		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
33		89.14	ELETTROENCEFALOGRAMM A - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)		23,20
33		89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMM A CON SONNO FARMACOLOGICO		34,90
33		89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMM A CON PRIVAZIONE DEL SONNO		34,90
33		89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMM A DINAMICO 24 Ore		46,50
33		89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMM A DINAMICO 12 Ore		34,90
33		89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMM A CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		34,90
33		89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI		23,20
33		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		48,80
33		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG		34,90
33		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		34,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
33		89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		46,50
33		89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		41,80
33		89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		93,00
33		89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		139,40
33		89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		139,40
33		89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		27,90
33		89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		51,10
33	*	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Colloquio con i genitori per la raccolta dell'anamnesi. Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria. Prescrizione esami terapie. Breve relazione per il curante. Compilazione cartella clinica. Durata 60'.	20,70
33	A *	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità. (comprende anche i tests somministrati)	30,00
33	I	93.01.A	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA		30,00
33	I *	93.01.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	Prestazione effettuata da medico + terapeuta in pazienti con esiti di lesione delle SNC e SNP con conseguente importante disabilità.	30,00
33	I *	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA	Valutazione delle competenze neuropsicomotorie, utili alla programmazione e organizzazione dell'atto motorio. Valutazione delle prassi e dei disturbi psicomotori in esiti di prematuranza-immaturanza, nelle patologie disgenetiche e ad eziologia non definite	30,00
33	I *	93.03.2	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA	Ricerca-individuazione e valutazione di ortesi, protesi e ausili per l'autonomia in pazienti con patologia complessa del S.N.C. periferico.	30,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
33	A *	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica)- Valutazione lesioni degenerative del S.N.C.- Valutazione neuro-muscolari (età evolutiva o adulta)- Valutazione lesioni S.N.P.- Valutazione lesioni complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare. - Valutazione dismorfismi rachide - Valutazione lesioni da ustione - Valutazione disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche).	24,00
33		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)		10,30
33	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	10,30
33	*	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	10,30
33		93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		10,30
33		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		10,30
33		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		10,30
33	A*	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Trattamento lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica)- trattamento lesioni degenerative del S.N.C. -trattamento lesioni neuro-muscolari (età evolutiva, adulta) trattamento lesioni S.N.P.- trattamento lesioni complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare -trattamento dismorfismi rachide -trattamento lesioni da ustioni - trattamento disfunzioni Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche).Comprende stimolazioni strumentali e bendaggio funzionale. Comprende anche la terapia occupazionale. <u>Seduta individuale di 60 minuti.</u>	46,00
33	A *	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Trattamento dei disturbi della deglutizione con o senza ausili - trattamento dei disturbi fonarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Seduta individuale di 45 minuti	33,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
33	A *	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Trattamento dell'afasia; Trattamento della sordità; Trattamento della dislessia; Trattamento della balbuzie; Trattamento della disartria con o senza ausili. Seduta individuale di 60 minuti	46,00
33	A *	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi comunicativi. Per una maggiore efficacia del trattamento la rieducazione deve attuarsi attraverso sedute collettive di 45 minuti, condotte da due operatori (terpista/psicologo).	7,00
33	A *	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo, condotto da due operatori (terapista/psicologo).	7,00
33	I *	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	Trattamento collettivo (max 3 pazienti) per attività per attività neuropsicomotorie in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	7,00
33	I *	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	Trattamento abilitativo in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	22,00
33	I	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE		22,00
33	A *	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)	Valutazione dei processi e delle strutture cognitive mediante osservazione e somministrazione di Test di Intelligenza e somministrazione di Test neuropsicologici per le specifiche funzioni.	30,00
33	A *	94.08.7	VALUTAZIONE PSICO- DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)	Osservazione libera, con materiale ludico. Colloquio. Somministrazione di test proiettivi mirati alla comprensione dell'assetto emotico-relazionale del paziente. Durata 45'.	30,00
33		94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		19,40
33	I *	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA	1° colloquio psicologico con genitori per raccolta anamnesi ed inquadramento psicopatologico.	22,30
33	I	94.09.2	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO		22,30
33	I	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO		22,30
33	*	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO - VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria di controllo successiva alla diagnosi. Valutazione dell'efficacia terapeutica e degli esami strumentali.	12,90
33		94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO		19,40
33		94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		19,40
33		94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		23,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
33	I *	94.42.1	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)	Psicoterapia congiunta (genitori, genitori-bambino) mirata alla comprensione e cura della patologia relazionale precoce dei bambini. Per seduta.	26,80
33	*	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Si intende psicoterapia strutturata di gruppo.	9,70
33		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		23,20
34		0	OCULISTICA		0,00
34		08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale		16,30
34		08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -		16,30
34		08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron		16,30
34		08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -		19,00
34		08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -		32,80
34		08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma		32,80
34		08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE - Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale - Xantelasma		32,80
34		08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE - Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore - Resezione a cuneo della palpebra		54,60
34		08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi		40,90
34		08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -		49,10
34		08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -		49,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -		81,80
34	H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo		185,90
34		08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia		49,10
34	H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)		371,90
34		08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		40,90
34		08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		40,90
34		08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		40,90
34		08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		81,80
34		08.91	DEPILAZIONE ELETTOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		27,20
34		08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		27,20
34		08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -		16,30
34		09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)		40,90
34		09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -		79,50
34		09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -		57,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso- lacrimale		40,90
34		09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)		68,20
34		09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		16,30
34		09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		19,10
34		09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		68,20
34		09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		40,90
34		09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		40,90
34		09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -		40,90
34		09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS		40,90
34	H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)		309,80
34		09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		68,20
34	H	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -		247,90
34		10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -		22,30
34		10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)		32,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)		32,80
34		10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma		32,80
34		10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		109,10
34		10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -		54,60
34		10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -		11,40
34		11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		68,20
34		11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		109,10
34		11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -		68,20
34		11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -		27,20
34		11.43	CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA -		34,10
34	I	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)		40,00
34		11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -		347,00
34		11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -		40,90
34		11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO -		19,10
34	*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni	95,40
34	*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	95,40
34	I *	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni	619,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		12.14	IRIDECTOMIA - Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) - Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)		109,10
34		12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -		136,30
34		12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser		109,10
34		12.72	CICLOCRIOTERAPIA -		109,10
34		12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE -		109,10
34		12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore		32,80
34		13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)		95,40
34		14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		68,20
34	I H R *	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	La prestazione è erogabile solo in pazienti con degenerazione maculare senile e da miopia patologica, le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale prevalentemente classica. Non può essere ripetuta più di quattro volte l'anno. La prestazione può essere effettuata solo negli ambulatori situati presso i centri individuati dalla regione Piemonte (R)	1500,00
34		14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -		68,20
34		14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		68,20
34		14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -		68,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -		68,20
34	I	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO		70,00
34		14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -		32,80
34		16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -		63,70
34	H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare		36,20
34		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
34		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
34	*	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA -	In caso di ipovedente la visita comprende la ricerca approfondita dei disturbi neurovisivi con l'esame dell'oculomotricità, della percezione spaziale, la valutazione della sensibilità al contasto.	7,80
34		95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		13,30
34	*	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	visita oculistica comprendente esame visus, refrazione con eventuale prescrizione lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi .	20,70
34		95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE -		58,10
34	I	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT)		53,50
34		95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica		16,80
34	I	95.05.A	MICROPERIMETRIA		40,00
34		95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica		7,80
34		95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -		7,80
34		95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -		7,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI -		7,80
34		95.09.2	ESOFTALMOMETRIA -		7,80
34		95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -		7,80
34	I	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPILLA OTTICA (HRT o GDx o OCT)		53,50
34		95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	3,90
34		95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -		3,90
34	*	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	46,50
34	I	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	53,50
34		95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria		19,40
34		95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE -		38,70
34		95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali		31,00
34		95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -		15,50
34		95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)		7,80
34		95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN) -		33,60
34		95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG) -		33,60
34		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		23,20
34		95.23.1	INTERFEROMETRIA -		7,80
34		95.25	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG) -		31,00
34		95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -		7,80
34		95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	Codice da utilizzare anche per singola seduta di riabilitazione neurovisiva, da intendersi quale riabilitazione visuo-spaziale, riorganizzazione dei movimenti oculari fini, rieducazione per le agnosie visive in età evolutiva e adulta. Ogni ciclo di esercizi prevede al massimo 10 sedute; le sedute sono giornaliere, per un periodo di almeno due settimane e della durata di circa un ora ciascuna	5,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
34		96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		3,90
34		98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		7,80
35		0	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		0,00
35		22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale		34,70
35		23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia		11,60
35		23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia		16,30
35		23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia		16,30
35		23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, - estrazione dentale con elevazione di lembo muco- periostale - Incluso: Anestesia		30,20
35		23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		18,60
35		23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		34,90
35		23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO - Ricostruzione di dente fratturato		34,90
35	*	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	31,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
35	*	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina - o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	31,40
35	*	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana - o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	38,70
35	*	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina - con perno moncone in lega aurea	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	44,20
35	*	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO - Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana - con perno moncone in lega aurea	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	44,20
35	*	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO - Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana - e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endoossei - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	69,70
35	*	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	129,10
35	*	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale - [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] - (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	81,30
35	*	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	16,30
35		23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA - Molaggio selettivo dei denti - (Per seduta)		16,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
35		23.5	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi		11,60
35	*	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endoosseo	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	81,30
35		23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		34,90
35		23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		53,50
35		23.73	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda		44,20
35		24.00.1	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato		27,90
35		24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA -		19,50
35		24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO -		19,50
35		24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE] - Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, - applicazione di osso o membrane, osteoplastica - (Per sestante)		58,10
35		24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi - Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)		27,90
35		24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto - (Per sestante)		23,20
35		24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)		20,90
35		24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena		53,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
35	*	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	116,20
35	*	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	116,20
35	*	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	116,20
35	*	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	26,80
35		25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA		27,30
35		25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)		17,60
35		25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)		17,60
35		26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare		23,40
35		26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -		20,60
35		26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -		17,60
35		27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -		19,50
35		27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -		19,50
35		27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -		19,50
35		27.41	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)		17,60
35		27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA - Asportazione neoformazioni del cavo orale		23,40
35		27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -		23,40
35		27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA		23,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
35		27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)		17,60
35		76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia		26,00
35	H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare		117,70
35		76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti		23,40
35		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
35		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
35		96.54.1	ABLAZIONE TARTARO -		9,70
35		96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -		3,90
35		96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta		5,80
35		97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico		6,50
35		98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -		8,40
35		99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -		13,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
35	*	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturate, ricementazione di corona o ponte	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	13,40
36		0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		0,00
36		04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI - Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) - Asportazione di neuroma periferico - Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)		61,30
36		76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		27,90
36		76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		27,90
36		78.7	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale		23,40
36	H	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -		62,00
36	H	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		62,00
36	H	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS		62,00
36	H	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS		62,00
36	H	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		49,60
36	H	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS		62,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
36	H	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -		62,00
36	H	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -		43,40
36	H	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA -		43,40
36	H	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -		43,40
36	H	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -		43,40
36	H	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -		43,40
36		80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa		58,50
36		81.91	ARTROCENTESI - Aspirazione articolare - Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), - artrografia (88.32)		33,50
36	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	27,90
36		83.02	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea		23,40
36		83.03	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa		33,50
36		88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		32,50
36		88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		28,40
36		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
36		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
36	*	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Indipendentemente dal numero dei segmenti trattati	14,20
36		93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito		7,20
36		93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla		11,40
36		93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)		31,00
36		93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo		31,00
36		93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato		31,00
36		93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano - Gamba e piede		7,80
36		93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -		13,60
36		93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -		25,20
36		93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMIERO-MANO, STIVALE -		18,90
36		93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -		12,60
36		93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -		22,70
36		93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -		11,60
36		93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer		5,80
36		93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		3,90
36		93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -		25,20
36		93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -		21,30
36		93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO -		7,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
36		93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -		13,60
36		93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ -		21,30
36		93.56.7	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar		17,50
36		97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati		9,70
36		97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca		9,70
36		99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -		7,80
37		0	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		0,00
37	H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		105,40
37	RH I	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) e Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli)	400,00
37	H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		50,50
37		66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		26,00
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		34,70
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		38,20
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		44,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		44,60
37		68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		30,40
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		41,70
37		68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO - Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia - per via vaginale mediante torsione - Escluso: Miomectomia con parcellizzazione		55,80
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		12,90
37	R H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	93,00
37	H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		15,50
37	R H	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	25,00
37	R H I	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	600,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
37	R H I	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00
37	R H I	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo bioptico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00
37	R H I	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	200,00
37	R I	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00
37	R I	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00
37		70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		29,80
37		70.21	COLPOSCOPIA		10,70
37		70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		27,70
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		34,70
37		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		35,80
37		71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		27,70
37		71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		29,80
37		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		23,80
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		35,80
37	H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		122,90
37	H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		108,50
37	H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		86,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
37	H	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -		122,90
37		75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		16,40
37	H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico		37,20
37	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		41,30
37		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		50,10
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		31,00
37		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		23,00
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		31,00
37	I *	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza per ricerca malformazioni fetali.	34,10
37	I *	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	Da operatori certificati	31,00
37		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
37	I*	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione periodica in gravidanza, secondo il calendario previsto dalla Regione. Eseguita da ostetrica o ginecologo.	20,00
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico		20,70
37		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
37	I *	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pediatrica	15,00
37	I	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta		14,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
37		93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	Ciclo di 7 incontri coordinato dall' ostetrica.	122,60
37	I *	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione specifica.	141,00
37		96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -		9,70
37		96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -		9,70
37		97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO o INTRADERMICO sottocutaneo di progestinico		9,70
37		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		23,50
37		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		10,10
37		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		7,80
38		0	OTORINOLARINGOIATRIA		0,00
38		18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)		13,70
38		18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO -		17,90
38		18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - CauterizzazioneCoagulazioneC riochirurgiaCurettaggeElettrocoa gulazioneEnucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti.-. Escluso: Biopsia dell'orecchio estern		17,00
38		20.0	MIRINGOTOMIA -		23,90
38		20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA -		54,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
38		20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -		30,40
38		20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -		9,00
38		20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione		15,20
38		21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE -		15,20
38	H	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) -		27,80
38		21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa)		19,60
38		21.22	BIOPSIA DEL NASO -		30,40
38		21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -		26,00
38		21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione		26,00
38		21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale		26,00
38		22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica		26,00
38		27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -		11,80
38		28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -		23,40
38		29.12	BIOPSIA FARINGEA -		27,30
38		31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche		27,10
38		31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRETTA - Incluso: Anestesia		7,00
38		31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA -		20,90
38		31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia		34,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
38		31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -		12,90
38		31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO -		22,70
38		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
38		89.11	TONOMETRIA -		13,90
38		89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria		13,90
38		89.39.4	GUSTOMETRIA -		9,30
38		89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA -		7,40
38		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
38		93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		8,70
38		93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		1,60
38		95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE -		18,20
38		95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO -		26,00
38		95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE -		9,80
38		95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE -		9,80
38		95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA -		20,70
38		95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE -		11,90
38		95.42	IMPEDENZOMETRIA -		8,70
38		95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA - Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi - feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber		25,30
38		95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche		16,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
38		95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei		16,30
38		95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico		32,50
38		95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari		16,30
38		95.47	ESAME DELL' UDITO NAS -		12,90
38		95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO - Audiometria tonale protesica - Audiometria vocale protesica - Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito		11,90
38		95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTOACUSTICO -		9,80
38		95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU -		12,30
38		95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO -		23,70
38		95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -		19,50
38		96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume		7,80
38		98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -		8,40
38		98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -		8,40
38		98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -		15,10
38		98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso laringoscopia		15,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
39		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
39		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
40		0	PSICHIATRIA		0,00
40		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
40		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
40	*	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -	Per ogni sub test completo	9,70
40		94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		15,50
40		94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		5,80
40		94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		5,80
40		94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		5,80
40		94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		5,80
40	*	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -	Per ogni sub test completo	7,80
40		94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -		5,80
40		94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -		5,80
40		94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		19,40
40		94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO - VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO		12,90
40		94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO		19,40
40		94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		19,40
40		94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		23,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
40	*	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Si intende psicoterapia strutturata di gruppo.	9,70
43		0	UROLOGIA		0,00
43	H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale		74,40
43	H	56.31	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile		101,80
43		57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, - Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico		32,80
43		57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata		63,70
43		57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -		79,50
43		57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -		79,50
43		57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO -		56,80
43		57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale		68,20
43		57.94	CATETERISMO VESCICALE		9,10
43		58.22	URETROSCOPIA -		38,20
43		58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -		54,00
43		58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale		46,30
43	H	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE		105,40
43	H	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi		46,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
43		58.60.1	DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra - (Seduta unica)		34,10
43		58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta)		10,20
43		58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -		46,30
43		59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE - Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, - dilatazione dell'orifizio ureterovescicale - Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)		27,20
43		60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico		32,80
43		60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale		38,20
43		60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata		67,60
43	H	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -		86,80
43		60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)		38,20
43		61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE - Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)		20,90
43		61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale		20,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
43		62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -		38,20
43	R H I	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00
43		63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO - Manuale - Escluso: quella associata ad orchidopessi		17,90
43	H	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -		105,40
43	I H	64.01	CIRCONCISIONE		100,00
43		64.11	BIOPSIA DEL PENE -		27,70
43		64.19.1	BALANOSCOPIA -		6,20
43		64.92.1	FRENULOTOMIA -		22,30
43		64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE -		23,80
43		88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		34,10
43		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		50,10
43		88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	43,40
43		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
43		89.22	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria		55,80
43		89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE -		23,20
43		89.24	UROFLUSSOMETRIA -		11,60
43		89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE -		11,60
43		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
43		93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		13,40
43		96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali		9,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
43		98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Incluso: Uretroscopia		35,80
43		98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -		7,80
43		99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -		6,50
43		99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE		6,50
43		99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI -		7,80
43		99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -		7,80
43		99.94	MASSAGGIO PROSTATICO -		5,80
43		99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -		5,80
52		0	DERMOSIFILOPATIA		0,00
52		64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -		7,80
52		64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)		35,80
52		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		35,80
52		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		23,80
52		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		35,80
52		86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		19,50
52		86.19.1	ELASTOMETRIA -		4,30
52		86.19.2	SEBOMETRIA -		4,30
52		86.19.3	CORNEOMETRIA -		5,70
52		86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -		7,20
52		86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		8,60
52		86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		20,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
52		86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)		15,40
52		86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOterapia CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO - (Per seduta)		15,40
52		86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)		15,40
52		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
52		89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA -		7,00
52		89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -		7,00
52		89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -		18,60
52		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
52	*	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa ed adeguata pressione e relativa lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa I	6,00
52		91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -		5,60
52		91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -		4,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
52	*	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera prestazione ogni seduta test con allergeni inalabili e/o alimentari. Consiste nell'applicare 10/12 gtt. di allergene per seduta, effettuare i controlli neg. e pos. e eseguire la lettura dopo 20 minuti.	11,60
52	*	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, in media 30 , lasciati in situ per 48 ore, e lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	32,50
52	H *	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	Si intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili.6) Test con veleno di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	23,20
52	*	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute		8,80
56		0	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESII		0,00

NOTE.

Per disabilita' 2 - 3 (grave-complessa) si devono intendere quelle che, per il grado elevato di disabilita', richiedono un intervento riabilitativo altamente specialistico sia sotto l'aspetto della competenza degli operatori che delle strutture. Richiedono inoltre un notevole livello assistenziale ed un intervento terapeutico riabilitativo di particolare intensita' e/o continuita' nel tempo.

Per disabilita' 4 - 5 (minore o segmentale) si devono intendere quelle di entita' contenuta, di recente insorgenza ma a rapida risoluzione o quelle croniche, stabilizzate di entita' contenuta o minimale.

Le visite di controllo devono essere intese come quelle successive alla visita di presa in carico del paziente, anche se effettuate a distanza di tempo dopo una sospensione del trattamento. Nel caso in cui si sovrappongano nuovi processi patologici che modifichino il quadro clinico, la visita deve essere considerata come prima visita.

Successivamente alla visita per un approfondimento del grado della disabilita', per formulare la prognosi riabilitativa e per elaborare un piano di trattamento individualizzato, con chiari obiettivi terapeutici, puo' essere necessaria una specifica valutazione (cod. 89.7.1)..

La valutazione (cod.prest 89.7.1), per le sue caratteristiche intrinseche, e' preliminare al trattamento riabilitativo ed e' necessaria nel caso di disabilita' gravi e complesse. E' ripetibile solamente allorquando si verificano significative modificazioni del quadro clinico-riabilitativo o non si raggiungono gli obiettivi terapeutici prefissati. Nel caso di disabilita' minimali, questa valutazione non e' da prevedersi in quanto e' gia' insita nella visita. Qualora per una disabilita' minore venga comunque effettuata la valutazione, questa deve essere dettagliatamente motivata e descritta nella stesura del piano di trattamento sulla scheda sanitaria individuale. La valutazione non deve mai essere prevista se alla visita consegue l'esclusiva prescrizione di terapia fisica.

Gli accorpamenti e le integrazioni, sono stati formulati per superare il concetto della patologia d'organo ed evidenziare che l'intervento riabilitativo e' invece rivolto alla integrita' della persona, finalizzato al trattamento della disabilita'. Ne consegue che ogni seduta di trattamento deve essere correlata esclusivamente al tipo di disabilita' ed al carico di lavoro conseguente.

Pertanto il nomenclatore non comprende voci che potrebbero comportare dubbi interpretativi.

La prestazione 93.15 deve intendersi erogabile secondo il parere del Consiglio Superiore di Sanita' Sez.III e la circolare del Ministero della Sanita' n.66 del 12.9.84, da parte dei soggetti dotati dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente.

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
56	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	27,90
56		89.44.02	TEST DEL CAMMINO	Solo per pazienti cardio-respiratori ad inizio e fine trattamento. Il test non riguarda pazienti cardiorespiratori trattati in gruppo.	55,80
56	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO		12,90
56		89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI		23,20
56		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		48,80
56		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG		34,90
56		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		34,90
56		89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		9,30
56	*	89.7	VISITA GENERALE - PRIMA VISITA FISIATRICA		20,70
56	I *	89.7.1	VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nei casi di disabilità 2 e 3 con specifica documentazione.	28,00
56	A *	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	30,00
56	A *	93.01.6	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO- SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	21,00
56	*	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	Comprende la valutazione, la prescrizione e la verifica anche a distanza di tempo di protesi-ortesi- ausili.	7,80
56	A *	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: - degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche; traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare; Valutazione lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche. (disabilità 4 e 5)	15,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
56	A *	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica); degenerative del S.N.C.; neuro-muscolari (età evolutiva o adulta); S.N.P.; complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare; cardio-respiratorio; dismorfismi rachide; lesioni da ustione; disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche). (Disabilità 2 e 3).	24,00
56	A *	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI con pedana stabilometrica	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime e deve essere oggetto di referto.	30,00
56	A *	93.05.7	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica o analisi del cammino	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime e deve essere oggetto di referto.	50,00
56	A *	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione su disabilità 4 e 5 , anche strumentale, dei disturbi fono-articolatori funzionali o organici periferici e deglutizione atipica (comprende anche i tests somministrati) .	20,00
56	A *	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione o testificazione, anche strumentale, dell'afasia, della sordità, della dislessia, della balbuzie, della disartria e dei disturbi della deglutizione (comprende anche i tests somministrati). (Disabilità 2 e 3)	30,00
56		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)		10,30
56	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	10,30
56	*	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	10,30
56		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		10,30
56		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		10,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
56	A *	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 30 min. Trattamento disabilità secondarie a lesioni degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche, traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare.	22,50
56	A *	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento disabilità secondarie a lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica), neuro-muscolari (età evolutiva, adulta), S.N.P. (polineuropatiche), complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare; dismorfismi rachide, ustioni, Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche), cardio-respiratorie, oncologiche.	46,00
56	A *	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI	Rieducazione con attrezzature sofisticate (isocinetica, pedana stabilometrica, realtà virtuale con pedane di forza, sistemi antigravitari evoluti, robotica arti superiori ed inferiori, tutte fornite di software che possa refertare la seduta e documentare i relativi miglioramenti, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc). Prestazione da aggiungersi a A93.11.7 in Disabilità 2 e Disabilità 3, oppure a A93.11.6 in Disabilità 4 e 5, qualora effettuata a completamento delle medesime. Per seduta.	22,50
56	A *	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo disabilità secondarie a disturbi motori -sensitivi o cardio-respiratori.	7,00
56	*	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Indipendentemente dal numero dei distretti trattati	14,20
56	A*	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE	Per seduta di 30 min. ciascuna. Pazienti con scollamento cicatrici post-chirurgiche. Trattamento linfedemi primari e secondari. In quest'ultima situazione, in caso di linfoedemi di particolare gravità la seduta è di <u>60 min.</u> (corrisponde quindi a due prestazioni)	22,50
56	*	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.	Trattamento medio di 10 min. per distretto	2,10
56	*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento con specifica tipologia di tens (a bassa frequenza - max 10 hertz) del singolo distretto, per la durata di 20 minuti .	3,10
56	*	93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta	Elettromagnetoterapia <u>Per seduta di 30 min. per distretto</u>	1,30
56	*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta	Trattamento medio di <u>10 minuti per distretto</u>	1,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
56	A *	93.40	ELETTROTERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta	Elettroterapia di stimolazione muscolare neofaradica/esponenziale/rettangolare/Kotz. <u>Seduta media di 20 min. per distretto</u>	3,00
56		93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	Ad esempio Kinesiotaping. Indipendentemente dal numero dei distretti trattati.	7,80
56	I *	93.56.8	BENDAGGIO FUNZIONALE	In caso di trattamento di linfoedemi tale prestazione integra la prestazione codice 93.39.3	35,00
56	A *	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi fonoarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Trattamento disabilità secondarie a deglutizione atipica.	33,00
56	A *	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento disabilità secondarie ad afasia, sordità, dislessia, balbuzie, disfagia, disartria con o senza ausili, disturbi della deglutizione con o senza ausili - Seduta individuale di 60 minuti	46,00
56	A *	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi comunicativi e dell'alimentazione.	7,00
56	A *	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 2 e 3 . Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio- sensitivo o comunicativo.	7,00
56	I *	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale , in pazienti con grave disabilità comunicativa.	46,00
56	I *	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO- SENSITIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale, in pazienti con grave disabilità conseguente al disturbo motorio- sensitivo.	46,00
56		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		23,20
56	*	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	6,70
56	*	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	Trattamento medio di 15 min. per distretto	3,10
58		0	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA		0,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
58		42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)		64,40
58		42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE) -		81,60
58		42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO - Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi 'Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee		60,50
58	H	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - Mediante laser		115,90
58		43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA - Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia		58,60
58		43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO 'PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia		93,00
58		44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) -		13,90
58		45.13	ESOFAGOGASTRODUODENO SCOPIA [EGD] - Endoscopia dell' intestino tenue		81,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
58	I H *	45.13.1	ENDOSCOPIA CON MICROCAMERA	Il nuovo metodo diagnostico "Given Imaging Video Capsule System M2A" con microcamera endoscopica, permette di osservare, valutare tutta la superficie del piccolo intestino dal duodeno sino all'ileo-terminale. Esso può essere utilizzato in tutte le patologie in cui si presuppone il coinvolgimento del piccolo intestino, dalle emorragie occulte alle sindromi polipose, precancerosi, celiachia, AIDS, neoplasie, malattia Crohn, linfoma	1100,00
58		45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoido scopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso		86,80
58		45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA -		144,60
58		45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)		52,10
58		45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)		122,20
58		45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -		74,90
58		45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -		41,80
58		45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO -		27,90
58		45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON -		167,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
58		45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico 'Escluso: Polipectomia con approccio addominale		116,20
58		45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO 'CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser 'Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)		124,00
58		48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)		35,10
58		48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia		58,50
58		48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE		58,40
58	H	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale		41,90
58		49.21	ANOSCOPIA -		22,70
58	*	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	43,90
58	*	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	60,40
58		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
58		89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA -		67,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
58		89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore -		93,00
58		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
58		98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		31,30
58		98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		62,00
58		98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		29,40
61		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE		0,00
61	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	86,10
61		57.94	CATETERISMO VESCICALE		9,10
61	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide- paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	28,40
61		88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		21,20
61		88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		31,50
61		88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		43,40
61	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	- Visita di controllo effettuata entro 45 giorni dalla 1° visita di follow-up -Visita/parere	12,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - visita radioterapica pretrattamento- stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si considera visita medico nucleare pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	20,70
61		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	#N/D	20,70
61	*	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	Generalmente I-131 ioduro di sodio per os. Almeno due misurazioni. In campo pediatrico utilizzare I-123	45,00
61	*	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	Qualora siano eseguite prove/test farmacologici è obbligatorio eseguire preliminarmente uno studio basale completo.	46,10
61	*	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera . Obbligatori reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i).	33,40
61	*	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	Si intende la scintigrafia tiroidea eseguita con indicatori quali Tl201, Ga67, Sestamibi o analoghi, I131 ecc.	179,70
61	l *	92.01.5	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI	Studio mirato da eseguirsi su indicazioni cliniche precise per la ricerca di sedi di ectopia tiroidea. Esclusa la patologia oncologica tiroidea (eseguire indagini cod. 92.18.1)	74,70
61	*	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Eseguirsi almeno tre proiezioni: Ant, Post, Lat. dx. - Qualora il quesito clinico richieda una valutazione addizionale di funzionalità splenica o di diagnostica peculiare in senso onco-ematologico (es. linfoma), infettivologico, ecc. va codificato anche 92.05.5 (scintigrafia splenica). In questo caso il referto deve essere specifico e relativo al quesito clinico.	64,60
61	*	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Prevede due studi scintigrafici planari per comparare, o con tecnica di sottrazione o con analisi visiva, le immagini epatiche con colloide con quelle del pool ematico epatico. Eseguire almeno 3 proiezioni (Ant., Post, Lat dx).	115,00
61	*	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	La scintigrafia sequenziale prevede lo studio dinamico biliare. Il tempo di esame può essere variato in funzione del quesito clinico proposto o della patologia in studio. Il tempo minimo di acquisizione dello studio dinamico è di 60 minuti, salvo riscontro di referto normale a 30 minuti. Per misurazione della funzionalità si intende una elaborazione della immagine o in senso di generazione di ROI e curve attività/tempo con estensione di parametri temporali o immagini parametriche.	103,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61		92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5		154,90
61		92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco		25,90
61	*	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	Si tratta di immagini statiche renali acquisite sia in posizione supina che prona; se possibile eseguire 6 immagini (Ant, Post, OAD, OAS, OPD, OPS). La prestazione si intende bilaterale.	56,80
61		92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco		23,00
61		92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	Comprende: Scintigrafia renale sequenziale. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata. L'esame prevede l'esecuzione di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni morfo-funzionali qualitative sul rene e le vie escrettrici, sia parametri semi-quantitativi temporali (Tmax, T50 sulla curva nefrografica ottenuta con l'impiego di ROI), sia % di funzione di un rene rispetto all'altro. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata con test farmacologico o con test dinamici. Si riferisce all'esecuzione di una scintigrafia renale sequenziale associando, secondo metodi noti standardizzati: la somministrazione di furosemide (test al Lasix: finalizzato a differenziare una dilatazione delle vie escrettrici renali di natura ostruttiva, da una dilatazione di natura non ostruttiva); la somministrazione di Capoten (Test al Captopril: finalizzato alla diagnosi o esclusione di ipertensione reno-vascolare). Lo studio è finalizzato ad ottenere informazioni quali Scintigrafia renale con calcolo della funzione renale	112,30
61	*	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	Prevede il cateterismo vescicale e l'introduzione in vescica del radiofarmaco. Non è generalmente necessaria una elaborazione intesa a determinare dati quantitativi. Lo studio è finalizzato a valutare la presenza di reflusso e la sua estensione (fino alla pelvi renale).	74,40
61	*	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	La procedura trova un'utile applicazione soprattutto a complemento di uno studio renale statico (Tc99m-DMSA).	41,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	I *	92.03.6	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI	La metodica, applicata correntemente sia a livello regionale che nazionale, prevede l'impiego di tecnica vivo-vitro senza acquisizioni di immagini. Si basa sul principio generale delle clearances plasmatiche di radiofarmaci iniettati per via venosa e successivi campionamenti di sangue. Essenziale nella insufficienza renale cronica e per studi di nefrotossicità da farmaci.	120,90
61	I *	92.03.7	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE	Si utilizza la somministrazione intravenosa del tracciante nel paziente laddove non sia consigliabile o possibile eseguirsi citoscintigrafia minzionale diretta (es. non consigliabile cateterismo). Le immagini ottenute sulla regione renale e ureterale durante la fase minzionale consentono la identificazione di un eventuale reflusso. L'acquisizione specifica inizia alla fine della scintigrafia renale sequenziale e termina alla fine della minzione. La metodica non è idonea alla identificazione di un reflusso vescico-ureterale passivo.	182,00
61	*	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	La prestazione prevede l'acquisizione dinamica di 20-30 minuti in proiezione Ant, seguita da esecuzione di test provocativo (esempio somm.ne per os di succo di limone concentrato) e continuazione dello studio dinamico per 15-20 minuti. Al termine occorre acquisire 3 proiezioni statiche (Ant, Latdx e Latsin).	63,90
61	*	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	La prestazione prevede sempre elaborazione delle immagini sequenziali acquisite durante la deglutizione del bolo radioattivo e successivamente per 10 minuti negli atti di deglutizione "a secco".	51,70
61	*	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	a) Reflusso gastro-esofageo. Visualizzazione del reflusso con stima dell'entità. Radiofarmaco consigliato: Tc99m-solfuro colloidale o Tc99m-DTPA 3,7 MBq (100 uCi) diluito in 300 ml di succo d'arancia acidificato. b) Reflusso duodeno-gastrico. Valgono le modalità già indicate al punto a) In caso di contemporaneo studio standard scintigrafico sequenziale epatobiliare con calcolo degli indici funzionali codificare solo 92.02.3.	93,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	*	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	Si intende sia la localizzazione di una gastroenterorragia sia la ricerca di mucosa gastrica ectopica intestinale. Non comprende lo studio per la quantificazione di perdite occulte intestinali. E' indicata solo per la localizzazione di siti di sanguinamento o per escluderli. La ricerca, può essere protratta anche per 36 ore usando la tecnica della riiniezione. Occorre acquisire, immagini sequenziali per 60 minuti. Le acquisizioni di immagini successive e la loro sequenza temporale, verranno di volta in volta decise dal Medico Nucleare.	103,30
61	*	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	Viene eseguito con somministrazione orale di 3,7 MBq di 51 Cr-EDTA (100uCi) Prevede la raccolta delle urine per 24 ore. Nel caso si eseguano misure per lo studio di perdite proteiche o maleassorbimento intestinale, utilizzare questo codice (92.04.5)	61,50
61	*	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate	187,00
61	*	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	Nel caso di utilizzo di Tc99m-pirofosfato (finestra temporale 24-168 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA) l'intervallo somministrazione del tracciante-acquisizione dello studio è di 90-240 minuti. Può essere eseguito uno studio precoce all'equilibrio artero-venoso del blood pool cardiaco da utilizzarsi come repere anatomico. Nel caso di impiego di In111-antimosina o altro radiofarmaco si esegue una doppia acquisizione (24 e 48 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA). Almeno 3 proiezioni (ant, OAS45°, OAS70° o Lat sin).	51,70
61	*	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	Da preferirsi l'iniezione centrale del bolo. Usare collimatori ad elevata efficienza di conteggio. Desumere informazioni quantitative dalla elaborazione della curva di 1° transito e successivamente dall'analisi della curva di attività/volume. Riferirsi per la standardizzazione al testo già citato AIMN, 1994. Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate.	98,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61		92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL' EQUILIBRIO Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	<p>Comprende:</p> <p>1) Angiocardioscintigrafia all'equilibrio con calcolo di parametri funzionali. Si intende studio a riposo. Per parametri funzionali si intendono indici funzionali semi-quantitativi e parametri numerici di tipo quantitativo. Devono essere ottenuti almeno i seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funzione ventricolare globale: FE dx e sin rapportati a valori normali, meglio ma non necessariamente se ottenuti dallo stesso Centro esecutore dell'esame; - funzione regione ventricolare: qualitativa e/o quantitativa per la valutazione delle zone di ipocinesia, acinesia, discinesia - FE regionali. <p>Proiezioni da ottenere: da 1 a 3 a seconda del quesito clinico (OAS45°, OAS70° o Lat. sin. Ant.).</p>	129,10
61	*	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL' EQUILIBRIO Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	<p>Comprende:</p> <p>1) Angiocardioscintigrafia all'equilibrio con calcolo di parametri funzionali. Si intende studio a riposo. Per parametri funzionali si intendono indici funzionali semi-quantitativi e parametri numerici di tipo quantitativo. Devono essere ottenuti almeno i seguenti parametri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funzione ventricolare globale: FE dx e sin rapportati a valori normali, meglio ma non necessariamente se ottenuti dallo stesso Centro esecutore dell'esame; - funzione regione ventricolare: qualitativa e/o quantitativa per la valutazione delle zone di ipocinesia, acinesia, discinesia - FE regionali. <p>Proiezioni da ottenere: da 1 a 3 a seconda del quesito clinico (OAS45°, OAS70° o Lat. sin. Ant.).</p>	129,10
61	*	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	La procedura viene eseguita in genere con Tc99m - solfuro colloidale, più raramente con emazie autologhe marcate, e devono essere ottenute almeno 3 proiezioni (Ant. Post e Lat sin).	90,10
61	*	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	Lo studio trova indicazione nella determinazione della distribuzione corporea totale del midollo osseo per la valutazione di anomalità sia regionali che globali. Può essere impiegata per la individuazione di sedi adeguate alla biopsia o in associazione alla scintigrafia ossea in patologie oncologiche od osteomielitiche (in quest'ultimo caso è utile l'associazione con scintigrafia segmentaria o totale corporea con cellule autologhe marcate).	108,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	I *	92.05.7	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO	Studio scintigrafico in cui vengono impiegati radiofarmaci diversi dagli indicatori di lesione o dai traccianti di perfusione. Esempi: traccianti metabolici (acidi grassi) o neurocardiologici (MIBG-1131 o I123) per lo studio della distribuzione del sistema nervoso simpatico nel miocardio ecc.	131,30
61	I *	92.05.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO	Si intende lo studio tomografico con iniezione di tracciante. Si richiamano le linee guida al codice 92.05.7	156,50
61	*	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	La prestazione è indicata per la diagnosi di: cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fine chirurgici del paziente infartuato, successivamente a ecocardiografia con test provocativi e scintigrafia o tomoscintigrafia (SPET) perfusionale miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico. Si include anche studio metabolico.	1071,70
61		92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO		134,80
61		92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco		41,30
61	*	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	Qualora il medico nucleare ritenga necessario effettuare entrambe le prestazioni è raccomandabile che la massa eritrocitaria ed il volume plasmatico vengano determinate con tecniche indipendenti onde assicurare una maggior precisione dei dati. Possono essere adottate tecniche che prevedono la misura simultanea dei due parametri. Salvo esigenze cliniche particolari, è opportuno che la determinazione della massa eritrocitaria e del volume plasmatico non siano effettuate immediatamente dopo trasfusione. Possono essere adottate tecniche che prevedono la misura simultanea dei due parametri. Salvo esigenze cliniche particolari, è opportuno che la determinazione della massa eritrocitaria e del volume plasmatico non siano effettuate immediatamente dopo trasfusione.	46,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	*	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	<p>La marcatura in vitro di emazie autologhe è molto stabile e permette il protrarsi dei campionamenti ematici per almeno due settimane. I tempi di prelievo sono ravvicinati nella prima giornata (10-20-30-60-180 minuti, 6° ora) e a distanza di 24 ore i successivi per due settimane.</p> <p>Si tiene conto, nell'elaborazione dei dati, del fattore di eluizione del tracciante dalla cellula.</p> <p>Contemporaneamente alla esecuzione dei prelievi vengono effettuate misure di superficie con sonda con rivelatore a scintillazione collimata sul fegato, sulla milza e sul sacro (studio delle sedi di eritrocateresi). Per un corretto posizionamento delle sonde è opportuno eseguire una scintigrafia epatica e splenica con funzione di repere anatomico almeno 3 giorni prima dell'inizio dell'esame.</p> <p>E' inoltre necessaria la determinazione della massa eritrocitaria (codice 92.09.4) all'inizio ed alla fine dell'esame.</p>	179,30
61	*	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	<p>E' una metodologia che permette di calcolare con precisione il turnover plasmatico del ferro ed altri parametri come il metabolismo eritrocitario del ferro. Il periodo di campionamento ematico e di misure di superficie sui comportamenti interessati al metabolismo del ferro sono protratti fino al 14° giorno e l'analisi dei dati sperimentali implica l'adozione di modelli interpretativi con una analisi informatica più complessa.</p> <p>Questo codice va utilizzato anche per la Clearance plasmatica del ferro.</p>	143,60
61	*	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	<p>1) Studio della cinetica dei leucociti: per effettuare questa procedura è indispensabile l'utilizzo di popolazioni leucocitarie pure. La marcatura prevede la separazione della popolazione leucocitaria in esame mediante gradienti di densità. Lo studio della cinetica è effettuato attraverso campionamenti seriati di sangue onde ottenere curve attività/tempo e stabilire il T1/2 e la vita cellulare media. L'utilizzo delle immagini ottenute con gamma camera computerizzata consente di produrre, mediante elaborazione, curve attività/tempo mediante generazione di ROI sui compartimenti di accumulo.</p> <p>2) Studio della cinetica delle piastrine: la procedura è diretta alla determinazione della produzione, della vita media, dell'entità e della sede di distruzione delle piastrine. La marcatura è eseguita in vitro in piastrine omologhe o eterologhe.</p>	221,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	I *	92.09.8	TEST DI SHILLING	Test raccomandabile nello studio del paziente anemico, su richiesta dello specialista. Lo studio combinato mediante l'impiego contemporaneo di radiofarmaci quali Co58-cianocobalamina e Co57-cianocobalamina legata al fattore intrinseco è raccomandabile per ridurre i tempi di esecuzione di 2 test separati.	174,60
61	I	92.09.9	GSPECT		46,30
61	*	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	Include serie scintigrafiche precoci e tardive (i tempi sono stabiliti in base al tracciante impiegato). Almeno due serie scintigrafiche di 4 proiezioni ciascuna (Ant, Post, Lat. dx, Lat. sin).	98,10
61	*	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCIANTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	Lo studio completo comprende anche: a) lo studio statico precoce all'equilibrio artero-venoso (in genere una proiezione in Anteriore); b) il calcolo degli indici emodinamici espressi come dati semiquantitativi, parametrici, ecc. Infatti abitualmente, e salvo approcci analitici molto particolari, non si fornisce il dato quantitativo assoluto in ml/min/100gr. tessuto cerebrale.	126,30
61	*	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	Ogni tipologia di derivazione liquorale che il Neurochirurgo ritenga di effettuare e per la quale sia possibile stabilire o meno la pervietà.	129,10
61		92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR		206,60
61	*	92.11.5	TOMOSCIANTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	Include la SPET cerebrale per lo studio di: a) alterazioni della barriera emato-encefalica impiegando radiofarmaci tradizionali come il Tc99m-DTPA o il Tc99m-pertecnetato o il Tc99m-glucoptonato; b) perfusione cerebrale con traccianti specifici (Xe133, Tc99m-HMPAO, Tc99m-ECD). Analisi semi-quantitative sono opzionali e comprese nella tariffa.	238,80
61	*	92.11.6	TOMOSCIANTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	La prestazione e' indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, Scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale.	940,00
61	*	92.11.7	TOMOSCIANTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	La prestazione e' indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, Scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale.	1071,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	*	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera. Obbligatori reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i). La tecnica di sottrazione non è obbligatoria salvo se si impiega il TI201.	191,10
61	*	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	Allo studio scintigrafico di un iniziale segmento articolare sede di patologia va sempre associato l'esame dell'articolazione controlaterale, ove questa esista, per ovvi motivi di correlazione. Le stesse considerazioni valgono anche per la scintigrafia scheletrica segmentaria.	57,80
61	*	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	Si intende la scintigrafia ossea o articolare con studio angiografico, una acquisizione all'equilibrio arterovenoso e uno studio statico del segmento interessato (trifasica)	78,40
61	I *	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	In particolare ne viene raccomandato l'uso per meglio situare anatomicamente e spazialmente anomalie scintigrafiche focali.	67,20
61	*	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	In studio planare acquisizione di almeno 6 proiezioni (Ant, Post, Lat dx, Lat sin, OPdx e OPsin). In paziente non collaborante acquisire il massimo numero possibile di proiezioni. La dose di radiofarmaco deve essere di almeno 222 MBq (6mCi) se l'esame è effettuato dopo lo studio scintigrafico di ventilazione (altrimenti possono essere sufficienti 77 MBq (2 mCi)). Salvo impossibilità pratica, è preferibile che il paziente sia iniettato in posizione seduta. Obbligatorio eseguire uno studio Rx torace standard (due proiezioni) prima di porre indicazione all'esame scintigrafico. Lo studio Rx sarà anche indispensabile per la corretta interpretazione dello studio scintigrafico.	68,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	*	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	Lo studio di ventilazione dovrebbe seguire a quello di perfusione, in quanto una perfusione normale porrebbe fine alle indagini medico-nucleari, salvo specifica richiesta per quesiti diagnostici diversi da quelli di tromboembolia polmonare (TEP) (esempio: broncopatie croniche ostruttive ecc., nel qual caso i due studi potrebbero essere effettuati in giorni diversi). Nel caso di impiego di Xe133, eseguire una proiezione standard posteriore con almeno 740 MBq (20 mCi) di attività somministrata. Lo studio prevede tre fasi: singolo respiro, equilibrio e washout. Nel caso di impiego di Aerosol o altri radiofarmaci tecnezati, se lo studio è eseguito dopo quello di perfusione, la dose di radiofarmaco non deve essere inferiore a 222 MBq (6mCi) mentre se è eseguito prima della perfusione possono essere sufficienti 74 MBq (2mCi). Eseguire le 6 proiezioni corrispondenti a quelle dello studio perfusionale.	198,60
61	*	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusionale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	Per studio quantitativo si intende l'utilizzo di indici funzionali: parametri temporali o rapporti ventilazione/perfusione (V/P) o immagini parametriche, qualora le prestazioni 92.15.1 e 92.15.3 siano eseguite sequenzialmente.	23,00
61		92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO		169,50
61		92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco		34,70
61	*	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANCOLARE SEGMENTARIA	Procedura ottenibile mediante introduzione interstiziale sottocutanea di radiofarmaci, marcati con Tc99m di natura colloidale inerti o da aggregati molecolari. Vengono in genere effettuate acquisizioni con gamma camera tra 10-15 minuti, a 2-3 ore ed eventualmente lo studio può protrarsi a 6-24 ore. Le immagini statiche possono essere precedute da una acquisizione dinamica continua per circa 30-60 minuti.	110,50
61		92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI		213,60
61	*	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	Si intende la TOTAL BODY , preferibilmente eseguita con tecnica di scansione totale corporea. Qualora eseguita con serie di immagini statiche, tuttavia, le stesse devono produrre una esplorazione completa di tutti i segmenti articolari o scheletrici.	113,10
61	*	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	Da eseguirsi sempre in pazienti oncologici per stadiazione e per follow-up. Si intende tecnica total body.	136,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61		92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE		251,60
61		92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI		251,60
61	*	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	La prestazione è indicata per: la stadiazione di neoplasia, la diagnosi differenziale tra recidiva tumorale e radionecrosi, la valutazione di malignità della neoplasia e/o della risposta al trattamento chemioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico.	1071,70
61	*	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	Comprende: 1) Studio Basale - Se il radiofarmaco impiegato è marcato con I-131 è necessario bloccare la tiroide con ioduro potassio 1-2 giorni prima dell'esame e 10-14 giorni dopo l'iniezione. Lo studio viene effettuato con I131-Norcolesterolo. La dose sommministrata è di 37MBq (1 mCi) per e.v., con iniezione lenta per evitare reazioni da liberazione di istamina. Si acquisiscono immagini in proiezioni Post, Lat dx e Lat sin, preferibilmente al 4° - 5° giorno dopo l'iniezione e in giorni successivi a giudizio dello specialista. 2) Scintigrafia surrenalica corticale con prove farmacologiche di soppressione. E' indicata per diagnosi di iperaldosteronismo primitivo e iperflasia bilaterale dei surreni. Si effettua con test al desametazone: 4 mg/die/7 giorni prima della somministrazione del radiofarmaco e per tutta la durata dell'esame.	259,00
61	*	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	Prevede l'impiego del radiofarmaco I131-MIBG e il blocco tiroideo con ioduro di potassio (1-2 giorni prima e 1 settimana dopo l'iniezione del radiofarmaco). La dose media è di 18,5 - 37 MBq (500-1000 uCi), iniettata lentamente in vena. Si acquisiscono immagini a 24-48 ore e se necessario nei giorni successivi nelle proiezioni Ant e Post (almeno 3 immagini partendo dal collo e terminando alla pelvi). L' applicazione predominante è la ricerca di feocromocitoma e sue metastasi. Se viene usato il radiofarmaco I123- MIBG la dose va da 185-370 MBq (5-10 mCi). Le immagini vengono acquisite a 6-24 ore dall'iniezione. Valgono le stesse indicazioni, modalità di preparazione e acquisizione di sedi di imaging descritti per il I131-MIBG.	293,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	*	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	Include sia lo studio testicolo/scrotale (diagn.diff. tra epididimite e torsione), sia studi di valutazione di disfunzione sessuale (impotenza), angiografia distrettuale peniena di base e sotto stimolo, o valutazione funzionale di varicocele.	51,70
61		92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	<p>Comprende:</p> <p>1) Angioscintigrafia Distrettuale. Comprende l'acquisizione dinamica (una proiezione) e all'equilibrio artero-venoso (almeno due proiezioni) del transito del tracciante in un particolare distretto vascolare o organo. L'analisi è visiva. Preferibile usare Tc99m-DTPA. In caso di impiego di Tc99m-pertecnetato bloccare la tiroide con 200-400 mgr. di perclorato di potassio (per os.) 30 min.prima dell'iniezione del tracciante.</p> <p>2) Angioscintigrafia distrettuale con calcolo di indici emodinamici. La semplice generazione di curve attività/tempo permette di ottenere indici funzionali, ma non valori assoluti di flusso.</p> <p>3) Fleboscintigrafia. Se vengono studiate le estremità inferiori o superiori è obbligatorio acquisire simultaneamente entrambi gli arti. Radiofarmaco di comune impiego è il Tc99m macroaggregati di albumina (Tc99m-MAA). Per gli arti inferiori utilizzare la tecnica con</p>	86,30
61	*	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	<p>Comprende:</p> <p>1) Angioscintigrafia Distrettuale. Comprende l'acquisizione dinamica (una proiezione) e all'equilibrio artero-venoso (almeno due proiezioni) del transito del tracciante in un particolare distretto vascolare o organo. L'analisi è visiva. Preferibile usare Tc99m-DTPA. In caso di impiego di Tc99m-pertecnetato bloccare la tiroide con 200-400 mgr. di perclorato di potassio (per os.) 30 min.prima dell'iniezione del tracciante.</p> <p>2) Angioscintigrafia distrettuale con calcolo di indici emodinamici. La semplice generazione di curve attività/tempo permette di ottenere indici funzionali, ma non valori assoluti di flusso.</p> <p>3) Fleboscintigrafia. Se vengono studiate le estremità inferiori o superiori è obbligatorio acquisire simultaneamente entrambi gli arti. Radiofarmaco di comune impiego è il Tc99m macroaggregati di albumina (Tc99m-MAA). Per gli arti inferiori utilizzare la tecnica con</p>	86,30
61		92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali		24,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
61	I *	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	Scintigrafia di un solo segmento con indicatori positivi. Lo studio scintigrafico di un solo segmento sede di patologia va associato con quello del segmento controlaterale, ove questo esista, per motivi di correlazione. Se motivato clinicamente e ritenuto necessario dallo specialista medico-nucleare, la richiesta di prestazione monosegmentale va integrata da immagini plurisegmentali. Escluso Codici 92.01.4 - 92.02.4 - 92.15.4	302,20
61	I *	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E	Si intende esame associato a somministrazione di radiofarmaco indipendentemente da studio planare.	973,60
61	I *	92.19.9	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON.: - INDICATORI POSITIVI . - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE . - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	67,20
61		92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		84,50
61		92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		17,80
61		92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		225,00
61		92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		658,50
61		92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		274,40
61	*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	1032,90
64		0	ONCOLOGIA		0,00
64		03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali		51,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
64	H	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA - Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina - E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) - Escluso: Iniezione per collasso del polmone		62,00
64	H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		31,00
64	H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)		62,00
64	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	27,90
64	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento oncologico. La prestazione si riferisce alle visite di controllo effettuate nell'intervallo fra i singoli trattamenti oncologici (es. visite di controllo nadir e/o altre tossicità).	12,90
64	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - visita radioterapica pretrattamento- stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Valutazione generale, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi (CAS), ad esclusione dei pazienti ricoverati.	20,70
64	I *	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS), di indirizzo e supporto al Percorso Diagnostico Terapeutico.	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di oncologia (ove non ancora attivato il CAS); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test, consenso informato. Il CAS svolge compiti di informazione, accoglienza, amministrativo-gestionali, di analisi dei bisogni e delle priorità (triage), di indirizzo e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico del paziente e di compilazione della Scheda Sintetica Oncologica. Prestazione propedeutica a quelle codificate: 89.03 e 89.07, vincolante per i pazienti ambulatoriali esterni.	40,00
64	*	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal GIC.	Valutazione interdisciplinare sul paziente, erogata dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC), indipendentemente dal numero di specialisti presenti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi -CAS.	46,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
64		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
64		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale		4,40
64		96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravescicali		9,70
64	*	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	9,70
64		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		11,60
64		99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -		9,70
68		0	PNEUMOLOGIA		0,00
68	H	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)		82,60
68	H	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] - Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con:biopsia esfoliativa del polmone brushing o washing per prelievo di campione biopsia asportativa.- Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa		180,70
68		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
68	I *	89.17.3	Monitoraggio cardio respiratorio completo	Secondo le linee guida regionali	139,40
68	*	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	23,20
68		89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE -		37,20
68		89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) -		46,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
68	*	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Completa il test codice(89.37.1). Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di Beta stimolante.	37,20
68	H *	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	55,80
68	H *	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Per singolo stimolo si intende il singolo allergene inalabile (non materiale d'uso professionale) testato in polvere od in soluzione. La prestazione è conclusa quando si riscontra una positività oppure si raggiunge il dosaggio massimo disponibile. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 4 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale o congiuntivale è da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prestazione per ogni allergene testato.La prestazione comprende tutti i passaggi necessari alla conclusione della procedura (8 passaggi). Deve essere disponibile la relativa documentazione giustificativa.	46,50
68		89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria		23,20
68		89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -		23,20
68		89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -		23,20
68		89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -		46,50
68		89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -		23,20
68	*	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	69,70
68		89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -		46,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
68		89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -		23,20
68		89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -		23,20
68	*	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	83,70
68		89.44.2	TEST DEL CAMMINO -		55,80
68	I *	89.61.2	Ossimetria notturna o saturimetria notturna o pulsoossimetria notturna	Secondo le linee guida regionali	57,50
68		89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		12,30
68		89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia		12,30
68		89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia		12,30
68		89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -		18,60
68		89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA -		9,30
68		89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -		12,30
68		89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -		12,30
68		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
68		93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta		5,80
68		93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		8,20
68		93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta		7,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
68	I *	93.99.2	Addestramento ed addattamento alla protesi ventilatoria non invasiva o invasiva per via tracheostomica e all'erogatore di pressione positiva	Prestazione effettuabile da medico, infermiere, fisioterapista Secondo linee guida regionali	12,50
68		98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -		18,50
69		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA		0,00
69		06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		73,80
69	I *	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA	Comprensiva della TC pre e post	250,00
69	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	86,10
69	H	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		198,40
69	I H	34.91.2	TORACENTESI ECO-guidata		180,00
69	I H	34.91.3	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato		150,00
69	H	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		83,00
69	H	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		146,40
69	H	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		216,90
69	I H	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD		390,00
69	H	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		216,90
69	H I *	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE	Nel caso delle vie biliari prestazione da aggiungere a 88.96.7	250,00
69	H	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		154,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	I	55.93	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) per seduta (per uso ortopedico)	fino ad un massimo di tre sedute.	80,00
69		55.93.A	ONDE D'URTO focalizzate (per altre indicazioni specialistiche) per seduta		80,00
69		60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco- guidata della prostata		67,60
69		83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI		66,40
69		85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		52,10
69	I H	85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA DI VACUO ASPIRAZIONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO		450,00
69	I H	85.11.3	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona		750,00
69	I	85.11.4	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA		180,80
69	*	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	44,60
69		87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo		74,90
69	*	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	120,40
69		87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)		80,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo- mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione DACRIOCISTOGRAFIA TC.	127,80
69		87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]		74,90
69	*	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	120,40
69		87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		74,90
69	*	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	120,40
69	H	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA		85,20
69		87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto		54,70
69		87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO- CARDIALE con videoregistrazione		66,60
69		87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		9,30
69		87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)		20,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69		87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica		10,30
69		87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)		6,20
69		87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola		15,00
69		87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni		22,20
69		87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)		17,30
69	*	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	18,10
69		87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale		17,30
69	*	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	17,30
69		87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico		34,60
69		87.35	GALATTOGRAFIA		68,20
69		87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)		34,90
69		87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)		23,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	I	87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE		45,00
69	I	87.37.5	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE		60,80
69		87.38	FISTOLOGRAFIA		54,20
69	*	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	COMPRESA TC AD ALTA RISOLUZIONE (HRCT)	77,70
69	*	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	124,10
69		87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc		200,00
69		87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc		200,00
69		87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare		49,10
69	I	87.42.A	TOMOSINTESI MAMMARIA BILATERALE		34,90
69	I	87.42.B	TOMOSINTESI MAMMARIA MONOLATERALE		23,00
69	I	87.42.C	TOMOSINTESI TORACE		49,10
69		87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale		24,30
69		87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola		16,00
69	*	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	15,50
69		87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni)		15,00
69	H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS- KEHR Incluso: esame diretto		44,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69		87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)		50,10
69		87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO		47,30
69		87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO		59,40
69	*	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	Compresa premedicazione e lo studio a doppio contrasto di esofago, stomaco e duodeno	45,50
69	I	87.63.1	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS		102,30
69		87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)		30,00
69	I *	87.64.1	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	210,00
69	I *	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	315,00
69		87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO		91,70
69		87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO		141,00
69		87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale		63,30
69	I	87.69.2	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)		50,00
69		87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO		85,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	134,40
69		87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto		27,90
69		87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto		89,40
69	H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Incluso : esame diretto		68,70
69	H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Incluso: esame diretto		91,90
69		87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA		43,40
69	H *	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)	Tale codice può essere utilizzato anche per la sola uretrografia retrograda.	66,10
69	*	87.77	CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto ed eventuale cistouretraografia minzionale	Prestazione effettuata sempre e solo ad integrazione della prestazione 87.73.	48,30
69	*	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)	Tale prestazione si intende comprensiva della regione vescicale.	19,40
69		87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto		108,50
69	I	87.83.1	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale		125,00
69	*	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni	79,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso,	126,90
69	*	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube.	79,50
69	*	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	126,90
69	*	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al pube	103,70
69	*	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	158,00
69		88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) senza e con mdc per stadiazione oncologica	La prestazione include lo studio dell'encefalo, del torace e dell'addome completo.	450,00
69	*	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	Codice da utilizzarsi anche per l'esame diretto dei vasi.	19,40
69		88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale		17,80
69		88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio		15,00
69		88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano		14,20
69		88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca		17,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico (stress del ginocchio)In caso di prestazione senza carico e con carico effettuata nella stessa seduta, la prestazione va codificata due volte.	21,20
69	*	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico (stress della caviglia)In caso di prestazione senza carico e con carico effettuata nella stessa seduta, la prestazione va codificata due volte.	17,80
69	l	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)		20,20
69	*	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	Nel caso in cui si effettuino 2 proiezioni utilizzare codice 87.29	30,20
69	*	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	Proiezioni a 30°, 60°, 90°.	26,30
69	*	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	Prestazione che comprende cranio LL + cervicale LL + dorso-lombare AP ed LL+costale AP + bacino AP + eventuali ossa lunghe. In caso di ulteriori segmenti la prestazione va sempre codificata una volta sola.	90,40
69		88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE		22,50
69		88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)		82,10
69		88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia		12,10
69		88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO		31,50
69		88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		54,20
69		88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		54,20
69	*	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC cervicale o dorsale o lumbosacrale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	77,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende la prestazione di TC cervicale o dorsale o lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3.	124,10
69		88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]		81,80
69	*	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	129,70
69		88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache		77,90
69		88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo - femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]		77,90
69	*	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo- femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	124,10
69	*	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	135,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	I *	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	Prestazione effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	200,00
69	I *	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	Prestazione che integra la prestazione 88.38.9 per ogni ulteriore distretto esaminato.	50,00
69	I *	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	50,00
69		88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)		15,50
69	H	88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico o dell'aorta addominale		283,30
69	H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell'aorta addominale		283,30
69	H I *	88.42.3	ANGIOPNEUMOGRAFIA	Anche con iniezione selettiva	650,00
69	H	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI		283,30
69	H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare		263,90
69	H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA		98,10
69	H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE		256,70
69	H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE		256,70
69	H	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale		246,40
69	H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE		246,40
69	H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE		246,40
69	H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale		256,70
69	H	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale		246,40
69	H	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale		285,10
69		88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanelle		31,30
69	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	28,40
69	I	88.71.5	ECOGRAFIA ORBITA		33,50
69	A *	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	71,80
69		88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale		35,90
69		88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale		21,20
69		88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA		35,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	Comprensivo di esame bidimensionale. In caso di eco(colo)doppler della mammella monolaterale codificare 88.73.2	30,70
69		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
69	*	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	43,90
69		88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		34,10
69		88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	La prestazione comprende l'analisi del fegato e vie biliari, pancreas, milza.	50,00
69		88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		32,00
69		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		50,10
69	l	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE		44,00
69	*	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	60,40
69		88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		32,00
69	l	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI		40,00
69		88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
69		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		23,00
69	l	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		31,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69		88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO		28,40
69		88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		32,50
69		88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		28,40
69	*	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	Ecoendoscopia eseguita per via transesofagea	50,60
69		88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE		31,00
69		88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI		31,00
69		88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE		43,40
69	*	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	43,40
69	I *	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	Prestazione riferita allo studio delle articolazioni escluso il codice 88.79.2	33,50
69	I	88.79.A	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE		55,00
69	I *	88.79.B	ECOGRAFIA TRANSPERINEALE	Comprensiva anche di eventuale studio dinamico	44,00
69	I *	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.	Prestazione da aggiungere, in caso di effettuazione, al singolo esame ecografico effettuato senza m.d.c.	92,00
69	I *	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER applicato ad esame di base	Tale prestazione qualora effettuata va ad integrare le prestazioni 88.79.3, 88.79.1, 88.79.5, 88.79.6, 88.79.7, 88.79.8, 88.79.9	20,00
69		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)		18,10
69		88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale		26,50
69	I *	88.90.9	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)	Altre endoscopie virtuali con TC o RM effettuate a completamento di altra indagine TC o RM. Prestazione da eseguirsi su richiesta dello specialista	50,00
69	*	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni.	166,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Utilizzare questa prestazione anche per lo studio di perfusione.	247,50
69	*	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno tre sequenze in 2 proiezioni.	120,10
69	*	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,10
69	*	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	184,80
69	*	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidoghiandole salivari, tiroideparatiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	120,10
69	*	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidoghiandole salivari, tiroideparatiroidi]. Incluso : relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,10
69	*	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.7	184,80
69	I *	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita a completamento della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	100,00
69	I *	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2	200,00
69	I *	88.91.B	SPETTROSCOPIA	Prestazione eseguita <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	150,00
69	I *	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	44,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	I *	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2	160,00
69	I	88.91.E	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) Temporomandibolare con bobina dedicata e studio dinamico		160,00
69	*	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni	115,80
69	*	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	181,30
69	*	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.1	184,80
69	*	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	Almeno 4 sequenze in 4 proiezioni.	120,10
69	*	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	Almeno 5 sequenze in 4 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,10
69	*	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	232,80
69	*	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	120,10
69	*	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,10
69	*	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni	115,80
69	*	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	181,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - piccole articolazioni + ginocchio: Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede [caviglia,	Almeno 4 sequenze in 3 proiezioni. Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati.	133,30
69	*	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino-RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]	Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati. Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	204,20
69	*	88.94.3	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	184,80
69	I *	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	320,00
69	I *	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino- RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]	Almeno 4 sequenze in 3 proiezioni. Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva dei segmenti individuati.	150,00
69	I *	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA piccole articolazioni SENZA E CON CONTRASTO - : Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede	Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati. Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	250,00
69	I *	88.94.C	ARTRO-RM (con m.d.c. intra-articolare)	Almeno 3 sequenze in 3 proiezioni.	250,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	*	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	120,10
69	*	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezione. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,10
69		88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.2	184,80
69	*	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione. Utilizzare questa prestazione anche in caso di RMN del pene.	120,10
69	*	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Utilizzare questa prestazione anche in caso di RMN del pene.	187,10
69	*	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	184,80
69		88.95.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	330,00
69	*	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	430,00
69	*	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	100,00
69		88.95.A	ANGIO RM con m.d.c. - un distretto	Prestazione da eseguirsi ad integrazione della prestazione cod. 88.95.1. Almeno 2 sequenze specifiche con completamento di studio dell'addome superiore. Tale codice è utilizzabile anche per Wirsung RM.	50,00
69		88.95.B	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti	Prestazione da eseguirsi non a completamento della prestazione cod. 88.95.1. Almeno 2 sequenze specifiche. Tale codice è utilizzabile anche per Wirsung RM.	150,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
69	I	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)		250,00
69		88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		21,20
69		88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		31,50
69		88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		43,40
69		88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI		17,60
69	I	88.99.6	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA		35,00
69		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
69		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
70		0	RADIOTERAPIA		0,00
70		38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC		32,30
70		38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM		51,60
70		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)		18,10
70	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	Visite di follow-up e quelle in corso di trattamento con radioterapia: queste ultime in linea di massima, da eseguirsi almeno una volta alla settimana	12,90
70	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - visita radioterapica pretrattamento- stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si considera visita radioterapica pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	20,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
70	I *	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	Consiste nella scelta dei parametri fondamentali del trattamento: bersaglio, dosi , frazionamento, ecc.	29,60
70		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
70	*	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	Per seduta e per focolaio. La voce Roentgenterapia comprende anche la voce Plesioterapia	9,00
70		92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	27,10
70		92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	32,60
70		92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	64,60
70		92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	44,80
70		92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	64,60
70		92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	96,90
70	*	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta	Trattamento eseguito con hardware e software dedicati, con le seguenti caratteristiche: -sistema di immobilizzazione riposizionabile (caschi stereotassici riposizionabili con sistema di fissaggio del capo oppure sistemi con cuscini a vuoto d'aria contenuti in body frame stereotassici); - localizzatore stereotassico solidale con il sistema di immobilizzazione; - sistema di collimazione secondaria con collimatori ad apertura circolare o collimatore micro-multilamellare (spessore delle lamelle < o uguale 5 mm all'isocentro);	987,80
70	I*	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive	Ogni seduta successiva	150,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
70	I*	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO	Per seduta e per focolaio trattato.	200,00
70	*	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	Per seduta e per focolaio trattato. Per "continuità" in questa prestazione si intende quella geometrica e non anatomica. Ad esempio: le catene linfonodali spinali del collo, se vengono trattate bilateralmente con due campi di elettroni, costituiscono due focolai	48,00
70	*	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI / TSEBI)	Per seduta	1317,00
70		92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	348,60
70		92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE		546,00
70		92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	179,50
70		92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	461,00
70		92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	Per seduta e per focolaio trattato	64,60
70		92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		84,50
70		92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		17,80
70		92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		225,00
70		92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		658,50
70		92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		274,40
70	*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	1032,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
70	*	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico (intero trattamento)	La simulazione comporta: 1 - lo studio radioscopico del volume corporeo da irradiare 2 - la determinazione sulla superficie corporea dei punti di repere necessari all'irradiazione; 3 - l'acquisizione delle immagini ritenute necessarie a documentare la tecnica. La specificazione "intero trattamento" deve essere intesa come l'insieme delle terapie eseguite su un definito focolaio: ogni modifica del focolaio considerato (contemplato in numerosi protocolli di trattamento, ad esempio una sovradosa su un volume ridotto) comporta l'inizio di un nuovo trattamento. L'eventuale iniezione del mezzo di contrasto va codificata a parte (38.99.1).	67,80
70		92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con TC simulatore o TC. In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento)		122,60
70		92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM. In caso di iniezione di mezzo contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)		161,40
70	*	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.	Si tratta dello studio senza la produzione di mappe isodose; il codice è lo stesso sia che venga effettuato manualmente che con il personal computer o altro sistema semplice. Si deve calcolare una sola volta per ogni studio di un focolaio, quale sia il numero di punti calcolati.	29,90
70	*	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	L'esecuzione della prestazione prevede anche il computo della dose assoluta e, quindi, va codificato anche 92.29.4. Si applica il codice 92.29.5 anche in caso di utilizzo RM. Nel caso si utilizzino entrambe le tecniche, entrambe vengono codificate.	113,00
70	*	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO. Controllo fisico della ripetibilità del trattamento..	E' compreso in questo gruppo ogni singolo gruppo di misura di dosimetria in vivo	14,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
70	*	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	Va codificato ogni singolo schermo confezionato, esclusi gli schermi standard. In questa voce viene compreso l'uso dei collimatori "multilift", codificando ogni distinta conformazione utilizzata nel corso del trattamento. Per i trattamenti con movimento continuo delle lamelle va codificato uno schermo per ogni posizione discreta utilizzata dal TPS per il calcolo della distribuzione della dose. Il codice va utilizzato per tutti i trattamenti con campi sagomati, da quelli semplici con campi singoli o contrapposti fino ai trattamenti conformazionali 3D. Non va invece utilizzato per l'IMRT per la quale è prevista apposita codifica delle sedute (92.24.B).	59,40
70	*	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)	Si intende qualunque manufatto personalizzato (es. maschere, schiume, sistemi a vuoto spinto) o apparecchiatura graduata che consenta la perfetta immobilizzazione e ripetitività del posizionamento.	126,80
70	*	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	E' da codificare ogni singolo filtro confezionato, esclusi i filtri standard. Nella voce è compreso il bolus personalizzato.	108,60
70	I	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO. Con apparecchio ecografico (intero trattamento)		30,00
70	I *	92.30.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE		250,00
70	I *	92.30.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC		1250,00
70	I *	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	Lo studio dosimetrico viene eseguito su sezioni corporee ottenute mediante pantografi, profilatori meccanici od ottici	71,30
70	I	92.31.1	STUDIO FISICO- DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica		350,00
70	I	92.31.2	STUDIO FISICO- DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia		104,00
70	I	92.31.3	STUDIO FISICO- DOSIMETRICO per brachiterapia 3D		200,00
70	I	92.31.4	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale		250,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
70	I*	92.40	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA	Comprende tutti gli esami TC eseguiti nel corso del trattamento per la valutazione della risposta o per il controllo del posizionamento (image guided radiotherapy), nonché il controllo finale al termine della RT.	120,00
70	I*	92.40.1	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	80,00
70	I*	92.40.2	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	170,00
70	I*	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI	Per l'intero trattamento	200,00
70	I*	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico	E' compreso in questo gruppo ogni singolo portal film o immagine portale o controllo mediante ultrasuoni o mediante sistemi di tracking ottico ogni volta che vengono effettuati e per ogni campo.	20,00
70	*	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE. Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore.	Per seduta e per focolaio trattato.	82,30
70	I*	99.85.1	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO	Per seduta e per focolaio trattato.	65,00
70	I*	99.85.2	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE	per seduta e per focolaio trattaio escluse operazione di medicazione, di molage e di misura dosimetrica da tariffarsi a parte.	173,00
71		0	REUMATOLOGIA		0,00
71		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		59,30
71		81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		27,90
71		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
71	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -	Valuazione morfofunzionale delle articolazioni e dell'attività di malattia in paziente reumatico in trattamento con farmaci biotecnologici, raccolta dati anamnestici, monitoraggio terapia, informazione, accoglienza, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico, rilascio piano terapeutico, inserimento dati nell'Archivio Regionale, aggiornamento cartella clinica ambulatoriale e compilazione referto per il MMG.	20,70
71		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
71		99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		11,60
71	I *	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		11,20
79		0	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA		0,00
79	*	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute	Peeling chimico della cute nella revisione dei granulomi peristomali	8,60
79	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	Visita dietologica di controllo, senza elaborazione del programma nutrizionale, inclusa la revisione della terapia dietetica	12,90
79	I *	89.03	Anamnesi e valutazioni complessive	Attivazione NAD	40,00
79	*	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	69,70
79	*	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Visita dietologica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - anamnesi clinica e stato di nutrizione - inquadramento diagnostico - esame obiettivo - valutazione clinica stato di nutrizione - elaborazione programma nutrizionale - programmazione follow-up e stesura relazione	20,70
79	*	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale	Nel caso di valutazione dei fabbisogni nutrizionali mediante Holter metabolico	4,40
79	I *	99.93	TERAPIA DIETETICA	Valutazione dietistica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - compilazione cartella dietetica - rilevazione dati antropometrici - anamnesi alimentare pregressa e attuale - valutazione gusti/preferenze/abitudini alimentari - stesura programma nutrizionale con alimenti naturali e/o artificiali - calcolo, elaborazione ed esposizione al paziente del programma nutrizionale personalizzato	11,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
79	I *	99.93.1	CONTROLLO TERAPIA DIETETICA	Valutazione dietistica di controllo finalizzata a: - stesura di programma nutrizionale, incluso il controllo terapia dietetica - rilevazione e calcolo dell'anamnesi alimentare - per bilancio (idrico, azotato, salino) o tramite food meter o programmi analoghi	9,00
79	I	99.93.2	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodo antropometrico e plicometrico		9,00
79	I *	99.93.3	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodica BIA (Impedenzometria)	Puo' essere eseguita con metodica in mono o multifrequenza, ques'ultima fornisce risultati piu' specifici e predittivi	14,90
79	I *	99.93.4	POSIZIONAMENTO SONDA NASO-ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE	Verifica del corretto posizionamento con metodo diretto (insufflazione di aria nello stomaco) o controllo radiografico in casi dubbi. In caso di introduzione post-pilorica (durante manovra in brillanza o endoscopia) e' d'obbligo il controllo Rx addome (codifica 89.19)	9,00
79	I *	99.93.5	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	Per manovre di riparazione e/o disostruzione. Per riparazione si intende la sostituzione di parti lesionate con apposito kit di riparazione (parte esterna del catetere). La disostruzione puo' essere effettuata con somministrazione diretta di alcool, farmaci proteolitici, guida angiografica sotto controllo fluoroscopico	17,90
79	I	99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA		4,50
79	I *	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Sostituzione di parti lesionate con appositi kit di riparazione. Disostruzione con somministrazione di acqua e/o aria con siringa di grosso calibro o con farmaci proteolitici.	9,00
81		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
81		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
82		0	ANESTESIA		0,00
82	H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento		103,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
82	H	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesie per intervento		51,70
82	H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento		15,50
82	H	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA - Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare		77,50
82	H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		184,70
82		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90
82		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
82	*	93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento del singolo distretto	3,10
82	*	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta	La prestazione si riferisce a patologie trattabili ambulatorialmente e prevede 60 minuti per seduta.	82,60
82		94.32	IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia		15,50
82	*	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	6,70
82		99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA -		9,70
82		99.92	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso:quella con moxa revulsivante (93.35.1)		8,50
98		0	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE- MICROBIOLOGIA-VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA- GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.		0,00
98		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima		12,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		12,30
98		89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita		20,70
98		90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO		14,70
98		90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)		10,50
98		90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]		10,60
98		90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]		11,20
98		90.01.5	ACIDI BILIARI		9,00
98		90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC- Cromatografia liquida)		15,80
98	R	90.02.2	ACIDO CITRICO		4,10
98		90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)		9,50
98		90.02.4	ACIDO IPPURICO		5,80
98		90.02.5	ACIDO LATTICO		4,80
98		90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)		7,00
98		90.03.2	ACIDO PIRUVICO		2,80
98	R	90.03.3	ACIDO SIALICO		12,50
98		90.03.4	ACIDO VALPROICO		10,90
98		90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC- Cromatografia liquida)		18,50
98	R	90.04.1	ADIURETINA (ADH)		20,60
98	R	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]		22,70
98	R	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]		20,60
98		90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA		4,70
98		90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]		1,00
98	IR	90.04.6	CROMOGRANINA A		30,00
98	IR	90.04.7	METANEFRINE FRAZIONATE		50,00
98		90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]		1,40
98		90.05.2	ALDOLASI [S]		2,00
98		90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]		17,10
98		90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]		5,30
98		90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]		7,40
98	I	90.05.6	PREALBUMINA		6,00
98		90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]		5,30
98		90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]		5,30
98		90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA		5,30
98		90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]		1,80
98		90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)		3,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]		8,20
98	R	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]		3,10
98	R	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]		11,60
98		90.07.4	AMITRIPTILINA		7,90
98		90.07.5	AMMONIO [P]		6,40
98	IR	90.07.6	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)		10,00
98	I	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC- Cromatografia liquida)		30,00
98		90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]		14,60
98		90.08.2	ANGIOTENSINA II		12,50
98		90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.		8,90
98		90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA		5,30
98		90.08.5	APOLIPOPROTEINA B		5,30
98	I	90.08.6	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE		4,70
98		90.09.1	APTOGLOBINA		5,30
98		90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]		1,00
98		90.09.3	BARBITURICI		7,40
98		90.09.4	BENZODIAZEPINE		10,30
98		90.09.5	BENZOLO		8,30
98		90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]		5,30
98		90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)		0,50
98		90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)		0,90
98		90.10.4	BILIRUBINA TOTALE		1,10
98		90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA		1,40
98	I R	90.10.6	BIOTINIDASI		12,70
98		90.11.1	C PEPTIDE		12,10
98		90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriat dopo test di stimolo (5)		50,70
98	R	90.11.3	CADMIO		8,20
98		90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]		1,10
98		90.11.5	CALCITONINA		14,40
98	I	90.11.6	CALCIO IONIZZATO		6,30
98		90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)		8,50
98		90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		4,60
98		90.12.3	CARBAMAZEPINA		12,00
98		90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE		11,30
98		90.12.5	CERULOPLASMINA		5,30
98		90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]		4,90
98	*	90.13.2	CICLOSPORINA	Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	14,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.13.3	CLORURO [S/U/dU]		1,10
98		90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)		9,00
98		90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]		7,30
98		90.14.1	COLESTEROLO HDL		1,40
98		90.14.2	COLESTEROLO LDL		0,70
98		90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		1,00
98		90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)		1,40
98		90.14.5	COPROPORFIRINE		5,80
98		90.15.1	CORPI CHETONICI		0,50
98		90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]		18,50
98	*	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	7,80
98		90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)		1,40
98		90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)		4,20
98	I R	90.15.6	CORTICOSTEROIDI : ALTRI		12,60
98		90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI		2,60
98		90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME		11,30
98		90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]		1,10
98		90.16.4	CREATININA CLEARANCE		1,60
98	R	90.16.5	CROMO		8,20
98	I	90.16.6	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)		7,60
98		90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)		9,30
98		90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)		15,60
98		90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE		13,00
98		90.17.4	DESIPRAMINA		7,90
98		90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)		20,60
98		90.18.1	DOPAMINA [S/U]		15,60
98		90.18.2	DOXEPINA		6,60
98		90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina.		5,40
98		90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)		16,60
98	R	90.18.5	ERITROPOIETINA		20,70
98	I	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)		7,10
98	R I	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)		29,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R I	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico		50,00
98		90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI		4,90
98		90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]		9,10
98		90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]		6,90
98		90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO		8,30
98		90.19.5	ESTRONE (E1)		15,00
98	IR	90.19.6	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)		22,00
98	I	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)		7,10
98	I	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S)		22,00
98	IR	90.19.C	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico		29,90
98		90.20.1	ETANOLO		6,80
98		90.20.2	ETOSUCCIMIDE		10,60
98		90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.		10,60
98		90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.		8,80
98		90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.		11,40
98	I	90.20.6	FENOBARBITAL		13,10
98	I	90.20.7	FARMACI : ALTRI		13,10
98	I *	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassmassa)		25,00
98		90.21.1	FARMACI DIGITALICI		10,00
98	R	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE		24,70
98		90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)		6,10
98		90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO		3,50
98	R	90.21.5	FENILALANINA		3,10
98	I R	90.21.6	FECI : DOSAGGIO GRASSI		12,80
98	I	90.21.7	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI		4,60
98	I	90.21.8	FECI : POTERE TRIPTICO		4,60
98	I	90.21.9	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI		25,90
98	I	90.21.A	ELASTASI FECALE		20,00
98	I R *	90.21.B	BNP	La voce si applica anche per PRO-BNP.	25,00
98		90.22.1	FENITOINA		10,70
98		90.22.2	FENOLO [U]		3,20
98		90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]		6,40
98		90.22.4	FERRO [dU]		4,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.22.5	FERRO [S]		1,10
98	R	90.23.1	FLUORO		5,60
98		90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]		6,40
98		90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]		6,20
98		90.23.4	FOSFATASI ACIDA		1,70
98		90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		1,00
98		90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO		12,30
98		90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)		10,20
98		90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]		1,50
98	R	90.24.4	FOSFOESOSISOIMERASI (PHI)		1,00
98		90.24.5	FOSFORO		1,50
98	R	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]		2,20
98	R	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]		7,40
98		90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)		12,50
98		90.25.4	GALATTOSIO [S/U]		3,80
98		90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]		1,10
98		90.26.1	GASTRINA [S]		14,10
98		90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)		6,70
98		90.26.3	GLUCAGONE [S]		8,20
98		90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)		2,40
98		90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)		3,30
98		90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]		1,20
98		90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]		7,20
98		90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U]		6,00
98		90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]		11,50
98		90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)		10,00
98	I R	90.27.6	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)		12,00
98	I R	90.27.7	Inibina A (InhA)		20,00
98		90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA		7,40
98		90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]		16,00
98		90.28.3	IMIPRAMINA		14,10
98		90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]		10,60
98		90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)		27,80
98		90.29.1	INSULINA [S]		8,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]		1,10
98		90.29.3	LATTE MULIERBE		3,60
98		90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]		3,40
98		90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]		2,50
98	I	90.29.6	LEUCOTRIENI		18,50
98	IR	90.29.7	LEPTINA		30,00
98		90.30.1	LEVODOPA		7,90
98		90.30.2	LIPASI [S]		2,60
98		90.30.3	LIPOPROTEINA (a)		12,30
98		90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		5,90
98		90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI		1,10
98		90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)		10,20
98		90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA		15,90
98		90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS		0,90
98		90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'		5,10
98		90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'		8,10
98		90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		3,50
98		90.32.2	LITIO [P]		3,50
98		90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]		7,20
98		90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)		39,10
98		90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]		1,50
98	R	90.33.1	MANGANESE [S]		5,60
98		90.33.2	MEPROBAMATO		8,60
98	R	90.33.3	MERCURIO		8,20
98		90.33.4	MICROALBUMINURIA		4,10
98		90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]		6,90
98	I	90.33.6	MARKER TUMORALI :ALTRI		12,50
98	IR	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE		10,60
98	IR	90.33.8	MARKERS DI TURNOVER OSSEO : ALTRI		25,00
98	IR	90.33.9	IGF-BP3		15,00
98	I	90.33.A	calprotectina fecale		25,00
98		90.34.1	NEOPTERINA		11,10
98	R	90.34.2	NICHEL		9,10
98		90.34.3	NORTRIPTILINA		5,50
98	R	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO		6,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]		10,90
98	I	90.34.6	OSMOLALITA' [P/U]		4,10
98		90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]		10,50
98		90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriatati dopo stimolo (5) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)		41,10
98		90.35.3	OSSALATI [U]		6,30
98		90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)		27,20
98		90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]		18,90
98		90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]		5,60
98		90.36.2	pH EMATICO		5,20
98		90.36.3	PIOMBO [S/U]		18,20
98		90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]		8,50
98		90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)		7,30
98		90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)		13,20
98		90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]		5,90
98		90.37.3	POST COITAL TEST		17,60
98		90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]		1,00
98		90.37.5	PRIMIDONE		10,60
98		90.38.1	PROGESTERONE [S]		9,10
98		90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]		7,10
98		90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriatati dopo TRH (5)		19,70
98		90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		4,20
98		90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]		1,10
98	I	90.38.6	PROSTAGLANDINE		18,50
98	I	90.38.7	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO		12,80
98		90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		4,20
98		90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA		7,60
98	R	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI		10,40
98	R	90.39.4	RAME [S/U]		4,70
98		90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI		19,10
98		90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE		15,80
98		90.40.2	RENINA [P]		23,20
98	R	90.40.3	SELENIO		6,20
98		90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]		1,00
98		90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO		4,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	I R	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]		18,80
98	I R	90.40.7	SOLFATI		6,30
98	I	90.40.8	SOMATOMEDINA		15,00
98		90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na* e K*)		9,90
98		90.41.2	TEOFILLINA		12,40
98		90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]		9,80
98		90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO		14,20
98		90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)		13,30
98		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)		5,50
98		90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)		16,30
98		90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)		6,40
98		90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)		3,60
98		90.42.5	TRANSFERRINA [S]		4,80
98	I R	90.42.6	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT		18,50
98	I R	90.42.7	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT		18,50
98	I R	90.42.8	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA		15,00
98	I	90.42.9	TSH Reflex (TSH -R)	Applicazione D.G.R. n° 21-9688 del 30/09/2008 "Appropriatezza prescrittiva" Prestazione <u>non associabile</u> a: FT4 (90.42.3), FT3 (90.43.3), TSH (90.42.1), AbTg (90.54.4), AbTPO (90.51.4). Il TSH-R è da richiedersi <u>solo</u> nel sospetto di disfunzione tiroidea (patologia non ancora accertata). Il THS-R <u>non</u> deve quindi essere richiesto nel caso di pazienti con patologia tiroidea nota (e in trattamento). <u>Non</u> è inoltre indicato per i monitoraggio della funzione tiroide in gravidanza e in età pediatrica.	10,00
98	R *	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).	La tariffa è comprensiva di tutti e tre i dosaggi	23,30
98		90.43.2	TRIGLICERIDI		1,20
98		90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)		6,40
98		90.43.4	TRIPSINA [S/U]		9,50
98		90.43.5	URATO [S/U/dU]		1,10
98	I R *	90.43.6	TEST COMBINATO (f-[-] hCG+PAPP-A)	Da eseguirsi nel 1° trimestre di gravidanza	26,00
98	I R *	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi nel 2° trimestre di gravidanza	52,80
98	I R *	90.43.8	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP- A+AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi al 1° e al 2° trimestre di gravidanza. La tariffa è comprensiva dei due prelievi.	64,80
98		90.44.1	UREA [S/P/U/dU]		1,10
98		90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS		3,50
98		90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		2,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)		0,50
98		90.44.5	VITAMINA D		15,90
98	R	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO		11,20
98	R	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO		11,20
98		90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)		15,90
98		90.45.4	ZINCO [S/U]		5,60
98		90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]		8,40
98	I	90.45.6	SORBITOLO: DETERMINAZIONE		7,00
98		90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO		7,40
98	*	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	Per diagnosi di diatesi emorragiche	9,70
98		90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS- LIKE (LAC)		6,70
98		90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA		6,00
98		90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B		4,20
98		90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)		13,20
98	R	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO		11,30
98		90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)		12,40
98		90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)		8,30
98		90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)		10,30
98		90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO		10,70
98		90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)		1,80
98		90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)		8,40
98		90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)		18,90
98		90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE		24,30
98		90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		8,40
98		90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII		11,40
98		90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)		10,30
98	I	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO		15,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	I R	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI		15,70
98	I R	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno		18,30
98	I	90.49.9	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI		22,30
98	I	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI		14,00
98	I R *	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A	Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	25,00
98	R	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)		35,80
98	R	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)		35,80
98	R	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)		21,00
98	R	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)		18,80
98		90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)		7,80
98		90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		12,10
98		90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI		41,90
98	R	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG		10,30
98		90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)		11,30
98		90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)		8,20
98		90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)		9,40
98		90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)		7,40
98		90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)		6,70
98		90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		9,60
98		90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO		13,70
98		90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO		7,40
98		90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE		42,80
98		90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE		88,20
98		90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE		25,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH		25,10
98	I	90.53.6	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI		29,80
98		90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)		7,80
98		90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)		8,50
98		90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE		6,70
98		90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)		12,60
98		90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI		7,00
98		90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)		13,00
98		90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)		12,70
98		90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)		11,50
98		90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)		13,90
98		90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)		14,50
98		90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)		21,60
98		90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)		10,90
98		90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)		7,40
98		90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)		16,60
98		90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)		7,40
98	I	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)		14,30
98	I	90.56.7	ANTIGENE TPS		21,70

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
				Prestazione <u>non associabile</u> a PSA (90.56.5). Il PSA-R è da richiedersi nell'ambito della diagnosi differenziale tra iperplasia prostatica benigna e adenocarcinoma prostatico. <u>Viene eliminata la possibilità di richiedere il fPSA (90.56.6), eseguito automaticamente, sulla base della richiesta di PSA-R, qualora il PSA sia compreso nell'intervallo 2,5 - 10 ng/ml.</u> Nei pazienti sottoposti a <u>prostatectomia</u> la prestazione da richiedere è il <u>PSA totale</u> (90.56.5). In questi casi, infatti, i livelli di PSA misurabili dopo intervento sono in ogni caso indice di presenza di tessuto prostatico residuo, indipendentemente dalla concentrazione di fPSA. L'eventuale recidiva è segnalata da una ripresa di secrezione del PSA (e non dalla quota non legata alle proteine vettrici).	
98	I	90.56.8	PSA - Reflex (PSA -R)		12,50
98		90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)		19,80
98	R	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59		17,10
				Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	
98		90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)		17,40
98		90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI		42,10
98		90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE		5,00
98		90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)		18,40
98		90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]		6,90
98	*	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA CARBOSSIEMOGLOBINA	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	8,20
98		90.58.4	[[Sg)Hb/(Sg)Er]		4,00
98		90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI		24,40
98		90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL		22,40
98		90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK		22,40
98		90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK		19,40
98		90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)		93,90
98	I R	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO		16,40
98		90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)		7,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)		5,30
98	R	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO		361,50
98	R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	Da utilizzare per qualunque crioconservazione di siero.	2,20
98	R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	32,90
98	IR	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	425,40
98		90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA		1,70
98		90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE		12,60
98		90.61.3	CYFRA 21-1		19,10
98		90.61.4	D-DIMERO (EIA)		10,30
98		90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)		5,00
98	I H	90.61.6	DROGHE D'ABUSO :ALTRE (Immunometrico)		7,10
98	I H	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO		29,90
98		90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA		0,90
98		90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		3,20
98		90.62.3	EMOLISINA BIFASICA		12,10
98		90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI		15,30
98		90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]		2,20
98		90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)		10,90
98		90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)		6,70
98		90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		21,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		3,40
98		90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLE		18,80
98		90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA		29,10
98		90.64.2	FATTORE REUMATOIDE		4,70
98		90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)		14,30
98	H	90.64.4	FENOTIPO Rh		10,60
98		90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]		12,20
98		90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE		2,70
98	*	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	9,10
98	H	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)		7,80
98	H	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo		5,20
98	R	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO		108,50
98		90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]		2,10
98		90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2		9,60
98		90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)		4,80
98		90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)		14,40
98	R	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE		16,70
98	R	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)		12,90
98		90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]		1,80
98	R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	86,90
98		90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]		6,60
98	IR	90.67.6	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)		128,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	IR	90.67.7	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)		22,00
98	IR	90.67.8	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato		8,00
98	*	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)	La tariffa si intende per singolo allergene e la ricetta può contenere fino a 8 prescrizioni.	71,20
98		90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO		9,90
98		90.68.3	IgE TOTALI		7,80
98		90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)		11,30
98		90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE		14,70
98	I	90.68.6	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]		27,40
98	I R	90.68.7	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI		22,50
98	I	90.68.8	TRYPTASI		19,00
98	R	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI		5,50
98		90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE		20,90
98		90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE		16,40
98		90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)		5,00
98	*	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	Per diagnosi di trombofilia	9,60
98	I	90.69.6	IgD (Immunoglobine D)		15,50
98	R	90.70.1	INTERFERONE		20,60
98	R	90.70.2	INTERLEUCHINA 2		17,70
98		90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)		6,80
98		90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]		3,90
98		90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]		3,10
98	I R	90.70.6	INTERLEUCHINE : ALTRE		23,10
98	I R	90.70.7	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO		425,40
98		90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]		2,80
98	R	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)		7,10
98		90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]		1,80
98		90.71.4	PINK TEST		2,80
98	R	90.71.5	PLASMINOGENO		14,00
98	I	90.71.6	PESPINOGENO		12,40
98		90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]		9,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]		9,10
98		90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		3,90
98		90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]		11,90
98		90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]		9,80
98	I	90.72.6	PROCALCITONINA		40,00
98	R	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2		4,70
98	H	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE		8,50
98	R	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA		6,00
98	R	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE- TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)		117,90
98	R	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE- TRAPIANTO CITOMETRICA		53,60
98	R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE- TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	51,20
98		90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE		2,10
98		90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)		7,80
98		90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)		7,70
98		90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [[Sg]]		3,50
98	I	90.74.6	RETICOLOCITI IN CITOFUORIMETRIA		11,40
98	R	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA		3,10
98		90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE		1,40
98		90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA		1,60
98		90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		2,90
98		90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)		3,30
98		90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)		2,90
98	*	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	Per diagnosi di piastrinopatia	4,80
98		90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO		2,80
98		90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE		2,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.76.5	TEST DI HAM		4,80
98		90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)		3,20
98	*	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	9,00
98		90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)		44,20
98		90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI		36,40
98		90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)		477,20
98	I R	90.77.6	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA		16,90
98		90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)		4,20
98	R	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A		101,50
98	R	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		54,10
98	R	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B		101,50
98	R	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		54,10
98	R	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C		101,50
98	R	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		54,10
98	R	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		54,10
98	R	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE		155,30
98	R	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE		188,70
98	R	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		54,10
98	R	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE		178,40
98	R	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE		109,10
98	R	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE		178,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		54,10
98	R	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE		213,40
98	R	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE		311,60
98	R	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)		149,30
98	R	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)		158,70
98	R	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)		17,10
98	I R	90.81.6	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)		24,40
98	I R	90.81.7	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz.)		18,30
98	R	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)		2,80
98	*	90.82.2	TROMBOSSANO B2	Per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	5,10
98		90.82.3	TROPONINA I		11,50
98		90.82.4	VALORE EMATOCRITO		0,70
98		90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		2,00
98	*	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	Per diagnosi in sindromi da iperviscosita'	23,70
98		90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA		5,60
98		90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,60
98	R	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)		59,90
98		90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS		34,10
98	I	90.83.6	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)		41,00
98	I	90.83.7	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)		71,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)		15,80
98		90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		9,90
98		90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,90
98		90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)		6,40
98		90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)		6,40
98		90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)		7,70
98		90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)		12,20
98		90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)		7,10
98		90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)		1,60
98		90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosinresi)		2,30
98	I	90.85.6	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)		13,00
98	I	90.85.7	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI		3,10
98		90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas		12,20
98		90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas		7,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.		4,60
98		90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)		2,30
98		90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.		2,40
98	I	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)		3,00
98	I	90.86.7	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)		10,40
98	I	90.86.8	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'		3,90
98	I	90.86.9	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione		8,70
98		90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.		4,70
98		90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.		6,40
98		90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)		2,30
98		90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)		11,10
98		90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)		9,10
98	I	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,40
98		90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)		12,60
98		90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]		3,30
98		90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA		9,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		6,80
98		90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	5,90
98		90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)		11,60
98		90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		6,30
98		90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)		3,40
98		90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)		3,60
98		90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE		25,20
98		90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		9,40
98		90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)		14,00
98		90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)		15,10
98		90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		11,40
98		90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,90
98		90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		6,50
98		90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		3,40
98		90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)		6,20
98		90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	2,50
98		90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		8,20
98		90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		6,20
98		90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)		7,80
98		90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		9,80
98		90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)		16,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.92.5	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		7,50
98	I	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHtherIAE ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,40
98	I	90.92.7	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)		11,30
98		90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)		7,60
98		90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)		3,70
98		90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,50
98		90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,50
98		90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO- FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,50
98	I H	90.93.6	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,60
98	I H	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,60
98	I	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTESICO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,60
98	I	90.93.9	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,60
98		90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	26,40
98		90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,00
98		90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)		9,10
98		90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE		5,40
98	I	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,60
98	I	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	9,00
98		90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)		5,60
98		90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		7,90
98		90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		18,40
98		90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	9,10
98		90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)		13,90
98	I	90.95.6	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici		8,20
98	I	90.95.7	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici		8,20
98		90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		12,70
98		90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)		4,00
98		90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)		13,90
98		90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,90
98		90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)		11,60
98	I	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE		12,40
98		90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		4,50
98	*	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	14,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	*	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	10,50
98		90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		11,40
98		90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		6,70
98	I	90.97.6	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		7,20
98	I	90.97.7	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)		13,00
98	IR *	90.97.8	AMANITINA URINARIA		103,30
98		90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		5,30
98		90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)		3,30
98		90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		6,20
98		90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		4,00
98		90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA		3,30
98		91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)		56,80
98		91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)		10,80
98		91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)		10,80
98		91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico)		18,60
98		91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		24,50

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R *	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	37,50
98		91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)		16,00
98		91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)		10,40
98		91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl- Neelsen, Kinyiun)		4,30
98		91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)		12,30
98		91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		7,10
98		91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		8,20
98		91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		6,20
98		91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		9,40
98		91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE		3,90
98	I	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE		10,40
98		91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE		3,90
98		91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		11,40
98		91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		6,20
98		91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)		4,30
98		91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		4,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		24,00
98		91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)		5,70
98		91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)		9,20
98		91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)		5,70
98		91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa		4,30
98	I	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO		3,00
98		91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		9,50
98		91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO		4,00
98		91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)		8,80
98		91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		7,60
98		91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		5,00
98	I	91.06.6	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		6,90
98	I	91.06.7	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)		13,00
98		91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]		10,00
98		91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		6,60
98		91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]		4,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO		8,90
98		91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		11,10
98		91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL- WRIGHT]		8,00
98		91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		7,50
98		91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		9,90
98		91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE		4,50
98		91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]		4,90
98	I	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI		7,00
98		91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B		6,40
98		91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE		6,40
98		91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)		19,50
98		91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)		7,80
98		91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]		3,40
98		91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		11,80
98		91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)		8,00
98		91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]		9,90
98		91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		4,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		5,80
98	I	91.10.6	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)		9,20
98		91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]		3,40
98		91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE		4,10
98		91.11.3	VIBRIO CHOLERAEE NELLE FECI ESAME COLTURALE		2,50
98		91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		8,20
98	R *	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	63,50
98	R *	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	69,90
98	R *	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	40,90
98		91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		12,70
98		91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,90
98		91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		28,00
98	I	91.12.6	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		33,00
98	I	91.12.7	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		74,70
98		91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		5,20
98		91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		36,20
98		91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.		7,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.		7,60
98		91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio.		12,10
98	I	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)		82,10
98	I	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)		11,00
98	I	91.13.8	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE		21,30
98	I	91.13.9	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI		10,90
98		91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		8,10
98		91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		6,40
98		91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)		8,80
98		91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		36,20
98	R	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		33,20
98		91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		50,40
98	R	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		36,20
98		91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		50,40
98		91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		50,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		36,20
98		91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,90
98		91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		15,10
98		91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.		5,20
98	R	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.		28,00
98		91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.		7,60
98	I	91.16.6	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		9,20
98		91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI		10,10
98		91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM		12,00
98	R *	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previo reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	63,40
98	R	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA		40,00
98		91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg		10,00
98		91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM		10,00
98		91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg		10,00
98		91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg		10,00
98		91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg		10,00
98		91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg		7,90
98		91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)		13,80
98	R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA- POLIMERASI		23,30

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA		63,00
98	R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA		77,50
98		91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI		10,00
98		91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		69,80
98	R	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA		77,50
98		91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI		12,00
98		91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM		21,70
98		91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg		18,00
98		91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)		13,50
98		91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)		12,50
98		91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)		7,60
98		91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]		10,50
98		91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,90
98	I R	91.21.6	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		33,00
98	I R	91.21.7	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno		14,70
98		91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI		7,90
98	R *	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	25,20
98	R *	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	54,20
98		91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI		10,90
98		91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		34,90

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	I R	91.22.6	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		33,00
98	I R	91.22.7	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		74,70
98		91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		25,70
98		91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)		6,50
98		91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)		7,70
98		91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)		21,00
98		91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		19,00
98	I R	91.23.6	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		33,00
98		91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		11,20
98		91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.		20,20
98		91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)		9,40
98		91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)		9,40
98		91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,90
98	I R	91.24.6	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		33,00
98		91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)		10,10
98		91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)		6,50
98		91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		9,50
98		91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)		9,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)		11,10
98	I R	91.25.6	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		74,70
98	I R	91.25.7	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		33,00
98		91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)		7,20
98		91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		5,80
98	R	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1- HTLV2		63,00
98		91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI		7,90
98		91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		4,00
98		91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)		9,40
98		91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)		8,80
98		91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		8,80
98		91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		6,50
98		91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE		2,50
98	R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro".	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	130,10
98	R	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI		124,00
98	R	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI		120,30
98	R	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	112,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	124,00
98	R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	153,60
98	R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	64,60
98	R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	56,80
98	R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	120,10
98	R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	120,10
98	IR	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)		126,60
98	IR	91.29.7	DISCRIMINAZIONE ALLELICA		90,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	IR	91.29.8	Analisi della Metilazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	126,60
98	R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	158,60
98	R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus).	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	154,80
98	R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (Blocchi di circa 400 bp)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	156,00
98	R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	115,20
98	R	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.) - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	93,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	136,00
98	R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	112,80
98	R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	134,10
98	R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	136,00
98	R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D		28,40
98	I	91.31.6	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE		18,80
98	I	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)		9,20
98	I	91.31.8	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)		5,70
98	I	91.31.9	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)		10,80
98	I	91.31.A	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici		63,50
98	I	91.31.B	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi		7,80

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	28,40
98	R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	24,80
98	R	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione		27,90
98	R	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR		28,40
98	R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	26,10
98	R	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R		24,80
98	R	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T		25,60
98	R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	28,40
98	R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	108,20

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	87,80
98	R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	144,20
98	R	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS		143,60
98	R	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA		122,90
98	R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	95,50
98	R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	97,10
98	R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	118,80
98	R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)		93,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	82,60
98	R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	145,40
98	R	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.		58,60
98	R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	40,50
98	R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	32,90
98	R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	39,90
98	R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	51,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	59,10
98	R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	81,60
98	R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	342,90
98	R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	226,30
98	R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	150,30
98	R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari painting	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	186,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	120,60
98	R	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	120,60
98	R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	120,60
98	R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	47,00
98		91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]		11,20
98	IR	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	30,00
98	IR	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA - PCR-SCS) per 31 mutazioni	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	317,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	IR	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) per singola mutazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	20,00
98	I	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)		25,00
98		91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas		33,80
98		91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		27,20
98		91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		27,20
98		91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		14,10
98		91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.		27,20
98		91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea		27,20
98		91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice		14,10
98		91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice		14,10
98		91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)		14,10
98		91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale		27,20
98		91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale		14,10
98		91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica		39,40
98		91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)		14,10
98		91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)		46,50
98		91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare		14,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)		46,50
98		91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)		14,10
98		91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch		43,60
98		91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica		43,60
98		91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali		14,10
98		91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)		14,10
98		91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)		46,50
98		91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea		14,10
98		91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)		46,50
98		91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica		46,50
98		91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica		46,50
98		91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari		14,10
98		91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).		46,50
98		91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina		14,10
98		91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)		14,10
98		91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)		14,10

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)		46,50
98		91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene		14,10
98		91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare		14,10
98		91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale		14,10
98		91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)		14,10
98		91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)		46,50
98		91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)		46,50
98		91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale		14,10
98		91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica		46,50
98		91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia		27,20
98		91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale		46,50
98		91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)		79,60
98		91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale		79,60
98		91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare		79,60
98	R I	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA		222,00

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98	R I	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA		400,00
98	R I	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)		30,00
98	R I	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI		160,00
98		91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea		46,50
98		91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico		27,20
98	R	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)		85,10
98		91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO		4,10
98		91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO		5,70
98		91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE		7,00
98		91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		2,60
98		91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO		2,60
98	I	91.49.4	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE		6,10
98		99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -		11,60

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
98		99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -	<p>Nei casi in cui il paziente necessiti di terapia trasfusionale e le sue condizioni cliniche non consentano il trasporto in ambulanza presso l'Ospedale il Responsabile del S.I.T. può autorizzare la prestazione di Medicina Trasfusionale a domicilio che deve essere erogata secondo le seguenti modalità:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il medico di base richiede la prestazione trasfusionale indicando le specifiche condizioni cliniche che non consentono il trasporto presso l'ospedale e quelle relative alla terapia trasfusionale; 2. Il medico trasfusore compila correttamente e firma il modulo di richiesta di trasfusione in uso presso il S.T.I. secondo il regolamento interno approvato dalla commissione ospedaliera per il buon uso del sangue (DM 1.9.95); 3. Il medico trasfusore provvede alla ricezione del consenso informato da parte del paziente previsto dal DM 1.9.95 e alla sua conservazione; 4. Il medico trasfusore provvedere ai prelievi per le prove di compatibilità e la determinazione del gruppo secondo le norme vigenti e il regolamento del S.I.T. e trasfonde l'unità entro le tre ore dal suo ritiro presso il S.I.T.; deve essere presente per tutto 5. Il medico trasfusore certifica il corretto svolgimento 	25,80
98	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		439,00
98	I H	99.71.1	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO		607,60
98	H	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA		402,80
98	I H	99.72.1	STAMINOAFERESI		516,50
98	H	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA		373,40
98	H	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE		43,90
98	I H	99.73.2	SALASSO TERAPEUTICO		30,40
98	H	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA		408,00
99		0	ALTRE PRESTAZIONI		0,00
99	I *	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione e certificazione periodica, svolta dal pediatra, secondo il calendario previsto dalla Regione, dello sviluppo fisico, psichico, dei rischi età specifici per la salute, indicazioni di prevenzione e educazione alla salute individuali.	20,00
99	*	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal GIC.	La prestazione si riferisce esclusivamente all'attività svolta dall'U.V.G., indipendentemente dal numero di operatori coinvolti	46,50
99		93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		3,90
99		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale		4,40

Codice branca	N O T A	Codice prestazione	Descrizione Prestazione	Linea Guida	Tariffa
99	*	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna, Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	1,10
99		96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS - Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)		3,90
99		99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -		11,60
99		99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		11,60
99		99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		11,20

ALLEGATO 2 alla D.G.R. n 11-6036 del 2/07/2013

Prestazioni di assistenza specialistica non classificabili come ambulatoriali, in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite

- 08: cardiologia
- 29: nefrologia
- 33: neuropsichiatria infantile
- 56: medicina fisica e riabilitazione –
recupero
e rieducazione funzionale dei motulesi e
neurolesi
- 58: gastroenterologia –chirurgia ed
endoscopia digestiva
- 69: diagnostica per immagini: radiologia
diagnostica
- 70: radioterapia
- 79: dietetica e nutrizione clinica
- 81: cure palliative
- 82: anestesia
- 85: diabetologia
- 98: procedure diagnostiche di laboratorio
analisi
- 91: altre prestazioni

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
08	0	CARDIOLOGIA		
08	36.0	ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (codici 36.01, 36.02, 36.05)		3.680,00
29		NEFROLOGIA		
29	93.01.C	TRAINING PER L'EMODIALISI DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione dell'emodialisi domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, allestimento del domicilio, esame di idoneità finale). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta e per un massimo (di norma) di 3 mesi.	53,5
29	93.01.D	TRAINING PER IL TRATTAMENTO DI DIALISI PERITONEALE (DP) DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione della DP domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, controllo dei locali prima dell'invio a domicilio, esame di idoneità). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta al giorno, per un massimo di 10 giorni.	53,5
29	93.01.E	PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO	Gestione ambulatoriale del paziente in condizioni di insufficienza renale cronica (stato predialitico e/o uremico) in preparazione all'inizio del trattamento dialitico sostitutivo. La prestazione, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti, comprende la valutazione clinica e socio-riabilitativa e la definizione del trattamento dialitico dopo colloquio finale con il paziente ed i familiari. La prestazione è da intendersi per singola seduta (1 prestazione al mese) e, di norma, per un massimo di 5-6 mesi.	53,5
29	93.01.F	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE	la prestazione comprende le procedure preparatorie all'iscrizione in lista ed il mantenimento in lista di trapianto renale. La prestazione è ripetuta quando il paziente deve eseguire la visita di revisione (ogni 5 anni fino ai 55 anni di età, successivamente ogni 2 anni) La prestazione è ripetibile per max 5 volte ad ogni revisione.	53,5
33	0	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE		
33	93.01.7	COUNSELLING NPI COUNSELLING FISIOTERAPICO COUNSELLING LOGOPEDICO	Counselling informativo per progetto abilitativo, educativo, socio ambientale su pazienti con complessiva grave disabilità	57,00
33	93.01.8		Counselling informativo per progetto abilitativo, educativo, socio ambientale su pazienti con complessiva grave disabilità	23,00
33	93.01.9		Counselling informativo per progetto abilitativo, educativo, socio ambientale su pazienti con complessiva grave disabilità	23,00
56	0	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI		
56	I*	93.01.7	COUNSELLING FISIATRICO	57,00
			Incontro formalizzato e documentato per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità' (disabilità 2 e 3).	

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO	
56	I *	93.01.8	COUNSELLING FISIOTERAPICO	Incontro formalizzato e documentato per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilita'	23,00
56	I *	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO	Incontro formalizzato e documentato per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilita'	23,00
58	0	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA			
58		45.17	POSIZIONAMENTO DI STOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	Esclusa la manovra endoscopica	738,55
69	0	PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE INTERVENTISTICHE			
69		38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE		2.350,00
69		38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)		750,00
69		39.1	TIPS		2.500,00
69		39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)		900,00
69		39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post		2.000,00
69		39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE		800,00
69		39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE	La prestazione va utilizzata anche per l' aortografia addominale per studio circolo arti inferiori	500,00
69		39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE		500,00
69		39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE	Prestazione che va ad aggiungersi alla prestazione angiografica per ogni accesso vascolare successivo al primo	300,00
69		39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI		1.500,00
69		39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA		1.500,00
69		39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)		2.250,00
69		39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT		3.500,00
69		39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)		3.000,00
69		43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA		800,00
69		43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA		900,00
69		50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE		900,00
69		50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)		650,00
69		51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA		900,00
69		51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda		600,00
69		51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc...		1.700,00
69		51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA		1.300,00
69		51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO	Per ogni accesso successivo al primo (cod. 51.99.1)	500,00
69		51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)		500,00
69		54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO		350,00
69		54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA		1.000,00
69		55.12.1	PIEOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE		1.000,00
69		55.12.2	PIEOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE		1.500,00
69		56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE		800,00
69		56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE		1.100,00

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GIUDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento		125,00
69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI		1.200,00
69	87.21	MIELOGRAFIA		600,00
69	87.21.A	MIELO-TC		700,00
69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA		600,00
69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra		600,00
69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra		600,00
69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra		600,00
69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO		600,00
69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCLAVIA DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE		600,00
69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA		600,00
69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO		600,00
69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE		600,00
69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA	Tale prestazione va ad aggiungersi alle prestazioni da 88.49.1 a 88.49.7, per ogni ulteriore iniezione selettiva nella stessa seduta	150,00
69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI		1.200,00
69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA		1.000,00
69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE		1.800,00
69	99.29	FIBRINOLISI		1.800,00
69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA		1.500,00
69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI		500,00
70	0	RADIOTERAPIA		
70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta	Condizionamento procedure trapiantologiche	1.800,00
70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive	Per singola seduta	300,00
79	0	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA		
79	93.01.7	COUNSELLING DIETOLOGICO	Attivazione di piano terapeutico nutrizionale complesso	57,00
79	93.01.8	COUNSELLING DIETISTICO	Attivazione di piano dietetico complesso	23,00
79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE	Finalizzato al trattamento nutrizionale	36,95
79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA	Per giornata di terapia, escluso materiale e miscele nutritive	7,75

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NED. Prevede una parte teorica e una parte pratica e comprende: - manovre per la pulizia della superficie di appoggio e delle mani; - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di deflussione; - attacco alla sonda di nutrizione enterale e programmazione della nutripompa; - stacco della sacca e pulizia della sonda nutrizionale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'insieme delle attività descritte, indipendentemente dal numero di operatori coinvolti. Generalmente per la NED e' sufficiente una sola seduta di addestramento.	14,80
79	99.15.1	NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Per giornata di terapia, escluso materiale e sacche premiscelate	22,15
79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NPD. Comprende una parte teorica e una parte pratica e in particolare: - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di infusione; - attacco al catetere venoso centrale e inizio dell'infusione della sacca; - programmazione della pompa infusoria; -stacco della sacca con lavaggio ed eparinizzazione del catetere venoso centrale; - medicazione dell'emergenza cutanea del catetere venoso centrale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'insieme delle attività descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. Generalmente per la NPD sono necessarie 12-15 sedute	18,50
79	99.93	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO PER GASTROSTOMIA		20,00
79	99.93.2	COMP. CORPOREA/STATO NUTRIZIONALE	Antropometria, plicometria o Hand-grip	8,95
79	99.93.3	COMPOSIZIONE CORPOREA	Bioimpedenziometria	14,85
79	99.93.4	POSIZIONAMENTO/SOSTITUZIONE DI SONDA NASO-ENTERICA		8,95
79	99.93.5	IRRIGAZIONE DI C.V.C		17,85
79	99.93.6	MEDICAZIONE DI C..V.C. O DI SONDA ENTERALE	di lunga permanenza	4,50
79	99.93.8	VALUTAZIONE BROMATOLOGICA DEL DIARIO ALIMENTARE		10,35
79	99.39.9	POSIZIONAMENTO DISPOSITIVO DI SOSTITUZIONE PER GASTROSTOMIA		40,00
81		CURE PALLIATIVE		
81	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI CURE PALLIATIVE	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per le prestazioni di accoglienza del paziente nei programmi di cure palliative dove vengono effettuate le stesse attività di raccolta dati, informazione, accoglienza, indirizzo e supporto, coordinamento delle diverse figure professionali	40,00
81	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE GIC DI CURE PALLIATIVE	Tale prestazione è da utilizzarsi in caso di attivazione del Gic di cure palliative da parte del medico di cure palliative indipendentemente dalla segnalazione del Cas	53,50

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
81	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE PORTATORE DI CATETERE VENOSO CENTRALE - per seduta individuale	Terapia educativa per il paziente o il care-giver per l'acquisizione di conoscenze e abilità utili alla gestione domiciliare di catetere venoso centrale o altro presidio. Terapia educativa per l'esecuzione domiciliare di altre procedure connesse alla terapia	5,05
81	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per sostituzione di ago no coring per port endovenosi o spinali e /olavaggio cvc a lunga permanenza	8,95
81	93.01.7	COUNSELLING MEDICO	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dal medico di cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani terapeutici e sedute di counselling individualizzati con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera.	57,00
81	93.01.8	COUNSELLING INFERMIERISTICO	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dall'infermiere delle cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani assistenziali con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera	23,00
82		ANESTESIA		
82	* 99.92.1	MET (alta complessità)	A: Accesso invasivo alle vie aeree e/o fibroscopia e/o disostruzione delle vie aeree (cannula naso/oro faringea, altre manovre)e/oB: Ventilazione meccanica invasiva e/o Ventilazione con Ambu e/o NIV e/o CPAP e/o Maschera Reservoir e/o Maschera di Venturi FiO2 >40%e/oC: RCP iniziata o proseguita dal Team MET e/o pacing e/o cardioversione elettrica o farmacologica e/o necessità di amine e/o posizionamento di CVC e/o emotrasfusione e/o bolo di liquidi >1000ml e/oProcedure di immobilizzazione del traumatizzato	50,00
82	* 99.92.2	MET (bassa complessità)	A: aspirazione del cavo oralee/oB: Cannule nasali e/o Maschera di Venturi FiO2 <40%e/oC: accesso venoso periferico e/o prelievi ematici e/o EGA e/o bolo di liquidi <1000ml	30,00
85		DIABETOLOGIA		
85	* 89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	40,00
85	I * 89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA, DI INDIRIZZO E SUIPPORTO AL PERCORSO PDTA - DIABETE MELLITO.	primo approccio presso il Centro di Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.	40,00

Allegato 2)

B R A N C A		CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
85	*	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO- Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata presso il Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO	Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO, indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO.	53,50
85		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima.		20,00
85		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
85	I *	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.	11,20
98		0	PROCEDURE DIAGNOSTICHE DI LABORATORIO ANALISI		
98		91.50.1	LIQUOR : ESAME CHIMICO FISICO E MORFOLOGICO		4,00
98		91.50.2	LIQUOR : ALBUMINA (Nefelometria, Turbidimetria)		5,20
98		91.50.3	LIQUOR : GLUCOSIO		1,30
98		91.50.4	LIQUOR : ELETTROLITI [Na, K, Cl] Ciascuno		1,25
98		91.50.5	LIQUOR : PROTEINE		1,25
98		91.50.6	LIQUOR : LDH		1,25
98		91.50.7	LIQUOR : IgA, IgG o IgM (Ciascuna)		5,85
98		91.50.8	LIQUOR : TRANSFERRINA		5,20
			ALTRE PRESTAZIONI		
91		99.50	Relazione psicologica per autorità giudiziaria (che richiede tempo di stesura superiore a 60 minuti)		50,00
91		99.51	Relazione psicologica per paziente, servizi sanitari, servizi socio-assistenziali, compilazione ICF, certificazioni scolastiche e al. (che richiede tempo di stesura superiore a 60 minuti)		22,00
91		99.52	Consulenza o valutazione psicologico- clinica multiprofessionale con altri specialisti e/o operatori per confronto, programmazione e monitoraggio degli interventi		22,00

LEGENDA

[] : La parentesi quadra include sinonimi o termini esplicativi e, per le prestazioni di laboratorio, la definizione del materiale nel quale si dosa l'analita.

() : La parentesi tonda include termini descrittivi della prestazione che non implicano una variazione della scelta del codice.

Escluso: Le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione.

Incluso: Il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice.

Codificare anche: Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificato in aggiunta.

NAS: Non altrimenti specificato. Le prestazioni recanti la dizione "NAS" devono essere utilizzate esclusivamente quando non sia presente la specifica prestazione. Le tariffe corrispondenti possono essere riconosciute solo in tale caso e mai contemporaneamente alle tariffe delle prestazioni specifiche.

*: L'asterisco indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da Linee guida.

H: La lettera H indica le prestazioni erogabili in ambulatori situati presso istituzioni di ricovero ovvero ambulatori protetti.

R: La lettera R indica le prestazioni erogabili in ambulatori dotati di particolari requisiti.

I: la lettera I indica l'inserimento di nuova prestazione.

A: la lettera A indica l'accorpamento per profilo di trattamento.

HS: L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (DGR n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).

P: L'esecuzione è "a pacchetto" e comprende più prestazioni come indicato nelle specifiche descritte nella colonna "modalità di rilevazione e linee guida nazionali regionali".