


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

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


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

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

Conteggio prest.: 24


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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



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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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



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

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


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

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


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

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


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

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


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

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



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

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

Conteggio prest.: 850


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

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



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

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

Conteggio prest.: 42


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

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


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

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



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

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



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

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


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

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

Conteggio prest.: 106


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

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


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

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

Conteggio prest.: 33


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

Branca specialistica: 14 CHIRURGIA VASCOLARE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
E	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA.	N	60,50	65,40
E	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	N	60,50	65,40
HI	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	2	28,70	28,70
HIEA	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale se eventualmente effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.440,00	1.440,00
HEA	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	N	213,35	230,80
HIEA	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI ESEGUITI CON TECNICA LASER. se effettuati sono inclusi: visita anestesiológica, anestesia, esami preintervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	850,00	850,00
HIE	38.94	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
HE	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	N	31,60	34,15
HIEA	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.000,00	1.000,00
HI	39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie.	g	9,65	9,65
IH	39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - La prestazione sostituisce cod. 39.92. Escluso alcolizzazioni	g	101,40	101,40
IHEA	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
IHEA	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.300,00	1.300,00
E	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	N	46,85	50,65
E	88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO.	N	50,05	54,15


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

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



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

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

Conteggio prest.: 15

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

Branca specialistica: 29 NEFROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIE	38.94	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE. Singolo o doppio	N	263,40	284,90
HIEA	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.500,00	1.500,00
HIEA	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA/PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE.	2	1.000,00	1.000,00
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	177,90	177,90
	39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI, AD ASSISTENZA LIMITATA. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	149,45	149,45
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	120,95	120,95
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	189,30	189,30
	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	236,95	236,95
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE. Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	N	291,90	291,90
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta. (Ciclo di tredici sedute).	N	291,90	291,90
H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE. Tecnica mista. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Per seduta.(Ciclo di tredici sedute).	N	234,95	234,95
	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA.	N	17,80	19,25
H	54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneooperitoneale	N	106,70	115,40
	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD). (Ciclo di trenta sedute)	N	55,85	60,40
H	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD). (Ciclo di trenta sedute)	N	47,45	51,30


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

Branca specialistica: 29 NEFROLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
I	54.98.3	PERITONEAL EQUILIBRATION TEST.	2	63,80	63,80
IH	54.98.4	EMODIAFILTRAZIONE - SOSTITUISCE PREST. 39.95.5. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata con metodo AFB e PFD Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. (Ciclo di tredici sedute)	g	237,05	256,40
IE	88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. La prestazione sostituisce cod. 88.74.5. Studio ipertensione renovascolare. Incluso indici qualitativi e semiquantitativi	g	44,25	47,85
E	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	N	51,10	55,30
I	89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato.	g	14,25	14,25
I	89.7B.4	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	g	20,50	20,50
IE	93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE E PROGRAMMA DIETETICO.	2	15,70	15,70
	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	N	15,80	17,10
	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	N	15,80	17,10
	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE.	N	9,90	10,70

Conteggio prest.: 30


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

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

Conteggio prest.: 15


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

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


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

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


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

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

Conteggio prest.: 60


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

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


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

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


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

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


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

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

Conteggio prest.: 110



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

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



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

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



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

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

Conteggio prest.: 70


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

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


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

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HIA	81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.134,00	1.134,00
HIA	81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIA	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	g	1.645,55	1.645,55
HIA	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.645,55	1.645,55
E	81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	N	28,45	30,80
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
HIEA	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.294,00	1.294,00
HIEA	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.467,00	1.467,00
HIEA	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00
HIEA	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	2	1.134,00	1.134,00

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

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


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

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

Conteggio prest.: 82



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

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


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

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

Conteggio prest.: 52


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

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


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

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


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

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

Conteggio prest.: 68


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

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

Conteggio prest.: 15



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

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


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

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


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

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

Conteggio prest.: 57


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

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


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

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

Conteggio prest.: 31


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

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


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

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


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

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	93.39.8	MAGNETOTERAPIA. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	N	2,65	2,85
*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA. Con testina fissa e ad immersione Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1	3,45	3,45
I	93.40.1	MASSOTERAPIA CONNETTIVO RIFLESSOGENA - SOSTITUISCE prest. 93.39.1. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	19,35	19,35
I	93.40.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO - SOSTITUISCE PREST. 93.39.2. (Ciclo di 10 sedute di 45 minuti ciascuna)	1	22,80	22,80
I*	93.40.3	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Interferenziale, galvanica Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	5,15	5,15
I*	93.40.4	ULTRASONOTERAPIA. Con testina mobile Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1	5,65	5,65
E	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO.	N	7,90	8,55
IE	93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - SOSTITUISCE PREST. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fonco-articolari funzionali e organici periferici (con test somministrati) Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dislessia, dislalia, balbuzie, disartria e funz. corticali sup.	g	38,20	41,35
I	93.71.8	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA INDIVIDUALE - SOSTITUISCE PREST. 93.71.1, 93.71.3 E 93.72.1 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fonco-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria, dist. cort. sup paz. grav. dis. Seduta 60' (ciclo 10 sedute)	g	26,30	28,45
I	93.71.9	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA COLLETTIVA - SOSTITUISCE PREST. 93.71.2, 93.71.4 E 93.72.2 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fonco-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria con/sen aus, dist. cort. sup. sed 60' x 5 pazienti. Per paziente (Ciclo 10 sedute)	g	8,40	9,10
	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute.	N	8,55	9,25
	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	8,55	9,25
	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
E	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	N	8,95	9,65
E	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	N	8,55	9,25
E	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	N	2,10	2,30
E	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	N	10,25	11,10
E*	99.29.7	MESOTERAPIA.	1	7,40	7,40
EA	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA. Intero trattamento. Incluso Visita di Controllo, iniezioni, eventuale EMG. Per seduta terapeutica. Escluso il farmaco	N	96,00	96,00
I*	99.99.2	LASERTERAPIA ANTALGICA. A scansione più manipolo: (ciclo di dieci sedute di 20 minuti ciascuna)	1	8,55	8,55
I*	99.99.3	LASERTERAPIA ANTALGICA - SOSTITUISCE PREST. 99.99.1. (ciclo di 10 sedute di 10 minuti ciascuna)	1	4,60	4,60


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

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



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

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


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

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

Conteggio prest.: 66

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

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


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

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


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

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

Conteggio prest.: 69


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

Branca specialistica: 64 ONCOLOGIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
H	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali	N	52,70	57,00
H	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA. Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapia antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	N	63,20	68,40
HIE	38.94	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
HE	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	N	31,60	34,15
H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	N	63,20	68,40
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
I	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale verifica all'adesione al trattamento farmacologico e consegna di farmaci chemioterapici orali. Escluso il costo dei farmaci	g	14,25	14,25
I	89.7B.6	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento.	g	20,50	20,50
E	96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI. Escluso farmaco	N	9,90	10,70
	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	N	9,90	10,70
	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI.	N	11,85	12,80
IA	99.25.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE. INCLUDE VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO, ESAMI EMATOCHIMICI, FARMACO. SOSTITUISCE PREST. 99.25.	g	350,00	350,00

Conteggio prest.: 14

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

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


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

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

Conteggio prest.: 33


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

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


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

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


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

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


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

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


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

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	70,05	75,75
	87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO. Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	N	34,20	36,95
	87.79.1	URETROGRAFIA. (3 radiogrammi)	N	44,80	48,45
	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	N	110,60	119,60
IH	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMFIA. non associabile alla prestazione 87.83 e 87.83.2	2	68,00	68,00
I	87.83.2	ISTEROSONOGRAMFIA. non associabile a 88.78.2	2	49,00	49,00
	87.89.1	COLPOGRAFIA. (4 radiogrammi)	N	56,90	61,55
	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE.	N	73,75	79,75
	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA.	N	75,35	81,50
	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. Non associabile a cod.88.01.2	N	90,05	97,40
	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	N	210,75	227,95
	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata. Non associabile a cod.88.01.4	N	90,05	97,40
	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	N	210,75	227,95
	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO. Non associabile a cod.88.01.1 e cod. 88.01.3	N	117,45	127,05
	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC. Non associabile a cod.88.01.2 e cod. 88.01.4	N	263,40	284,90
I	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi) CON E SENZA MDC. Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a 88.01.1 e 88.01.2	g	210,75	220,80
I	88.01.9	TC COLON, SENZA E CON MDC. Incluso eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6	g	210,75	227,95
I	88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a 88.01.1 , 88.01.2, 88.01.3, 88.01.4, 88.01.5 , 88.01.6.	g	210,75	227,95
	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME. (4 radiogrammi)	N	55,35	59,85
I	88.03.2	FISTOLOGRAFIA.	2	59,85	59,85
	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE.	N	128,50	139,00
	88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO].	N	34,20	36,95
I	88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE.La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.21.2	RX DELLA SPALLA. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.21.3	RX DEL BRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.21.	g	26,30	28,45
I	88.22.1	RX DEL GOMITO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	g	26,30	28,45
I	88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO. La prestazione sostituisce cod. 88.22.	g	26,30	28,45


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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


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

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



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

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


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

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

Conteggio prest.: 351



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

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



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

Branca specialistica: 70 RADIOTERAPIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Per ogni 185 MBq successivi	N	223,90	242,15
*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE.	N	842,90	911,65
I	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia (intero trattamento)	g	55,35	59,85
	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con TC simulatore o TC In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento)	N	100,10	108,25
	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	N	131,70	142,45
	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	N	24,35	26,30
	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.4)	N	92,20	99,75
I	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO.	g	11,35	12,25
	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA. (intero trattamento)	N	48,45	52,40
	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. (intero trattamento)	N	103,50	111,95
I	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTENSITA' PER FASCIO. (intero trattamento). Escluso: Schermatura personalizzata (92.29.7)	g	88,65	95,90
I	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con PET-TC (intero trattamento) individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET accoppiata o non con TC	g	399,40	432,00
I	92.29.B	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. di "elevata complessità" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	g	323,60	350,00
I	92.29.C	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. in modalità "inverse planning" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	g	531,60	575,00
I	92.29.E	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 2D.	g	46,25	50,00
I	92.29.F	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 3D.	g	184,90	200,00
I	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER LA 1^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET-UP DEL PAZIENTE. ( per ogni singola immagine)	g	46,25	50,00
I	92.29.H	GATING RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	g	81,76	81,76
	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE. Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore	N	67,10	72,60

Conteggio prest.: 45



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

Branca specialistica: 82 ANESTESIA			Nota regionale	Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Nota:	Codice:	Descrizione:			
HE	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	N	105,35	113,95
H	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesi per intervento	N	52,70	57,00
H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, infiltrazioni para vertebrali e punti trigger. Escluso: le anestesi per intervento	N	15,80	17,10
HIE	04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	g	105,35	113,95
HE	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	N	79,00	85,45
HE	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	N	131,70	142,45
HIE	38.94	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente PCA, con tunnel con port]. incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso radiografia di controllo	2	284,90	284,90
HIE	38.94.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso radiografia di controllo	2	154,90	154,90
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO. Per seduta	N	28,45	30,80
I	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO PER TERAPIA DEL DOLORE.	g	14,25	14,25
IE	89.19.3	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE NEUROSTIMOLATORE SPINALE.	2	23,75	23,75
I	89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale.	g	20,50	20,50
E*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	1	6,80	6,80
IR*	93.95.1	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta (durata trattamento ossigeno di 90 minuti). Ciclo di dieci sedute	g	92,20	99,75
IR*	93.95.2	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN EMERGENZA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta	g	368,75	398,85
	94.32	IPNOTERAPIA. Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	N	15,80	17,10
E*	99.29.7	MESOTERAPIA.	1	7,40	7,40
	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA.	N	9,90	10,70

Conteggio prest.: 19


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


---

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

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

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