

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI								
CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
03	H	R	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione endorachide di antiblastici	52,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
03	H	AN	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	103,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
03	H	N	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	103,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
04		S	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI Curettaggio, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) Asportazione di neuroma periferico Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	51,00			
04		N	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	51,00			
04	IR	S	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	290,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
04	IR	S	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	290,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
04	H	A	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	52,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
04	H	A	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali Escluso: le anestesi per intervento	16,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
05	H	AN	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	77,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
05	H	AN	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	129,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
06		CH	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	61,00			
06		CI	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	43,00			
06		CHI	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	61,00			
06	H	C	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI incluso eventuale guida ecografica	67,00	GR 207/99		
08		P	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE Incluso: incisione di ascesso palpebrale	14,00			
08		P	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	14,00			
08		P	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA Riapertura anchiloblefaron	14,00			
08		P	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	14,00			
08		P	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	28,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
08		P	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	28,00			
08		P	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	28,00			
08		P	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	45,00			
08		P	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA Intervento per blefarocalasi	35,00			
08		P	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	41,00			
08		P	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	41,00			
08		P	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	68,00			
08	H	P	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA Riparazione di ectropion con innesto o lembo	155,00			
08		P	08.52	BLEFARORRAFIA Cantorrafia, Tarsorrafia	41,00			
08	H	P	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)	310,00			
08		P	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	35,00			
08		P	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	35,00			
08		P	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	35,00			
08		P	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE	68,00			
08		P	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	23,00			
08		P	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	23,00			
08		P	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	14,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
09		P	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	35,00			
09		P	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	57,00			
09		P	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	41,00			
09		P	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE Test di Schirmer escluso: test di Schirmer quando eseguito come parte di una visita specialistica Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	41,00	GR 207/99		
09		P	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	57,00			
09		P	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	14,00			
09		P	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	16,00			
09		P	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	57,00			
09		P	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	35,00			
09		P	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	35,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
09		P	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	35,00			
09		P	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	35,00			
09	H	P	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	258,00			
09		P	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	57,00			
09	H	P	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	207,00			
10		P	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	16,00			
10		P	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	28,00			
10		P	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	28,00			
10		P	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA Rimozione di follicoli di tracoma	28,00			
10		P	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	91,00			
10		P	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	45,00			
10		P	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
11		P	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	57,00			
11		P	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	91,00			
11		P	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	57,00			
11		P	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	23,00			
11		P	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	29,00			
11	RI	P	11.60	TRAPIANTO DI CORNEA	880,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale (del CR 221/99).
11	RI	P	11.62.1	CHERATOPLASTICA LAMELLARE CON LASER AD ECCIMERI	1.050,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
11	RI	P	11.62.2	CHERATOPLASTICA LAMELLARE SENZA LASER AD ECCIMERI	980,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
11		P	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	289,00			
11		P	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	35,00			
11		P	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO	16,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
11	*	P	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard (o di superficie) comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento	413,00	GR 561/99 GR 603/2009	la prestazione è indicata nei casi: 1) anisometropia sup. a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropo con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale; 2) astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie; 3) ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi; 4) PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva; 5) esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale	alla prestazione si accede previa dichiarazione da parte del paziente di consenso informato
11		P	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK) comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento	413,00	GR 561/99		
11	I*	P	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento	516,00	GR 561/99 GR 603/2009	La prestazione è indicata nei casi di:  1) anisometropia sup. a 4 diottrie di equivalente sferico, non secondaria a chirurgia refrattiva, limitatamente all'occhio più ametropo con il fine della isometropizzazione dopo aver verificato, in sede pre-operatoria, la presenza di visione binoculare singola, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale; 2) astigmatismo uguale o superiore a 4 diottrie; 3) ametropie conseguenti a precedenti interventi di oftalmochirurgia non refrattiva, limitatamente all'occhio operato, al fine di bilanciare i due occhi; 4) PTK per opacità corneali, tumori della cornea, cicatrici, astigmatismi irregolari, distrofie corneali, esiti infausti di chirurgia refrattiva; 5) esiti di traumi o malformazioni anatomiche tali da impedire l'applicazione di occhiali, nei casi in cui sia manifesta e certificata l'intolleranza all'uso di lente a contatto corneale	alla prestazione si accede previa dichiarazione da parte del paziente di consenso informato

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
11	RI	P	11.99.5	CROSS LINKING CORNEALE	600,00	DGR 444/2010	La prestazione è indicata nei pazienti affetti da cheratocono che presentano le seguenti condizioni: - pazienti di età compresa tra i 10 e i 40 anni. Nessuna limitazione di età nelle ectasie post Lasik; - cheratocono allo stadio 1 o 2; - cheratocono in peggioramento clinico e strumentale negli ultimi 6-12 mesi; - pachimetria (spessore corneale) uguale o superiore a 400 micron; - pazienti con cornea trasparente (assenza di cicatrici e/o opacità dello stroma corneale); - assenza di concomitanti: sindrome dell'occhio secco, patologie autoimmuni, infezioni oculari in atto, alterazione dell'endotelio corneale, stato di gravidanza, sottoposizione a terapie favorevoli la procreazione negli ultimi 6 mesi.	
12		P	12.14	IRIDECTOMIA Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	91,00			
12		P	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	114,00			
12		P	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSORIALE Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione crioterapia fotocoagulazione laser	91,00			
12	RI	P	12.5	INTERVENTI PER FAVORIRE LA CIRCOLAZIONE INTRAOCULARE escluso la prestazione 12.59	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: 12.51, 12.52,12.53, 12.54,12.55
12	H I	P	12.59	ARGONLASER - TRABECULOPLASTICA	57,00	GR 207/99		
12	RI	P	12.64.1	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia con antimetaboliti	510,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
12	RI	P	12.64.2	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia senza antimetaboliti	470,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
12	RI	P	12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	420,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
12	RI	P	12.69	ALTRI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	510,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
12	RIA	P	12.7	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER RIDURRE L'IPERTONO OCULARE	410,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:12.71,12.72,12.73,12.74,12.79
12	RI	P	12.89.1	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia con sclerotomia profonda viscocanalostomia con impianti	900,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
12	RI	P	12.89.2	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia con sclerotomia profonda viscocanalostomia senza impianti	485,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
12		P	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE Paracentesi della camera anteriore	28,00			
13	RI	P	13.1	INTERVENTO DI CATARATTA senza impianto di lente intraoculare	525,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: [ 13.11; 13.19;13.2;13.3;13.41;13.42;13.43;13.51;13.59]
13		P	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	80,00			
13	RI*	P	13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE SAI	1.250,00	GR 268/2002	la prestazione viene eseguita esclusivamente in occhi facichi con elevate ametropie	la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
13	RI	P	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA con impianto di lente intraoculare comprensiva delle seguenti prestazioni: visita specialistica pre intervento, visita anestesiológica, esami diagnostici oculistici necessari all'esecuzione della prestazione, visita specialistica post intervento	900,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui al codice 13.1
13	RI	P	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	615,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
13	RI	P	13.72.1	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A FISSAZIONE SCLERALE	730,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
14		P	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	57,00			
14	I	P	14.24.1	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA comprensiva dell'intero trattamento con minimo di tre sedute	225,00	GR 268/2002		
14	I	P	14.24.2	TERAPIA LASER E TTT DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	110,00	GR 268/2002		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
14	I	P	14.24.3	TERAPIA LASER E TTT DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	110,00	GR 268/2002		
14	RI	P	14.29.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DELLE MEMBRANE NEOVASCOLARI SOTTORETINICHE	1.400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita dalle strutture individuate con delibera di Giunta Regionale. La tariffa è comprensiva del costo del farmaco
14		P	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	57,00			
14		P	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	57,00			
14		P	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)	57,00			
14		P	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	57,00			
14	RI	P	14.4	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE INDENTAZIONE SCLERALE CON O SENZA IMPIANTO	980,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:14.41,14.49
14		P	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	28,00			
14	RI	P	14.79.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	105,00	GR 1264/2009		
15	RI	P	15.0	PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU MUSCOLI E TENDINI EXTRAOCULARI	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:15.01,15.09
15	RI	P	15.1	INTERVENTI SU UN MUSCOLO EXTRAOCULARE CHE RICHIEDONO DISTACCO TEMPORANEO DEL BULBO	490,00	GR 268/2002		include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: 15.11,15.12,15.13,15.19
15	RI	P	15.2	ALTRI INTERVENTI SU UN MUSCOLO	340,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale. Deve essere garantita la presenza di un anestesista (del CR 221/99). La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:15.21,15.22,15.29
15	RI	P	15.3	INTERVENTI SU DUE O PIÙ MUSCOLI EXTRAOCULARI CHE RICHIEDONO DISTACCO TEMPORANEO DAL BULBO, UNO O ENTRAMBI GLI OCCHI	510,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
15	RI	P	15.4	ALTRI INTERVENTI SU DUE O PIÙ MUSCOLI EXTRAOCULARI, UNO O ENTRAMBI GLI OCCHI	540,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
15	RI	P	15.5	TRASPOSIZIONE DI MUSCOLI EXTRAOCULARI	490,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
15	RI	P	15.6	REVISIONE DI CHIRURGIA SU MUSCOLO EXTRAOCULARE	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
15	RI	P	15.7	RIPARAZIONE DI LESIONI DEL MUSCOLO EXTRAOCULARE	440,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
15	RI	P	15.9	ALTRI INTERVENTI SU MUSCOLI E TENDINI EXTRAOCULARI	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
16		P	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	45,00			
16	H	P	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare	36,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
18		U	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	12,00			
18		U	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	13,00			
18	I*	D	18.21	ASPORTAZIONE DI SENO PREAURICOLARE	215,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata in caso trattasi di malformazione congenita od acquisita quale esito di patologia	
18	I	D	18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	230,00	GR 268/2002		
18		U	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO Cauterizzazione, coagulazione, crio-chirurgia, curettage, elettrocoagulazione, enucleazione, Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare, polipi, cisti Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52)	15,00			
20		U	20.0	MIRINGOTOMIA	20,00			
20		U	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54,00			
20		U	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	22,00			
20		U	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE SOAE, TEOAE, DPOAE	10,00			
20		U	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Poltizerizzazione	13,00			
21		U	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	13,00			
21	H	U	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	24,00			
21		U	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) (Cura completa)	17,00			
21		U	21.22	BIOPSIA DEL NASO	22,00			
21		U	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	22,00			
21		U	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO Incluso: Contenzione e sua rimozione	22,00			
21	I H*	D	21.88	SETTOPLASTICA	400,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata in caso di insufficiente flusso aereo nasale non associata a rinoplastica	
21		U	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO Sinechia nasale	22,00			



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
22		U	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO Drenaggio mascellare per via diameatica	22,00			
22		Q	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE immediata o differita	64,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	22,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE Estrazione di altro dente NAS Incluso: odontotomia revisione della cavità e sutura	43,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA Incluso: odontotomia revisione della cavità e sutura	43,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICE dente incluso o semincluso, lembo mucoperiosteo incluso:revisione della cavità e sutura	64,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23	I	Q	23.20	INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO DELLA POLPA E OTTURAZIONE PROVVISORIA	15,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE Fino a due superfici incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	45,00	GR 508/97 CR163/2003 GR 234/2007		Qualora eseguita contestualmente viene tariffata in aggiunta anche la prestazione 23.20 che segue il regime previsto dal secondo livello. CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
23		Q	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE A tre o più superfici incluso: otturazione carie, otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	70,00	GR 508/97 CR163/2003 GR 234/2007		Qualora eseguita contestualmente viene tariffata in aggiunta anche la prestazione 23.20 che segue il regime previsto dal secondo livello. CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
23	I	Q	23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI	64,00	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362.05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
23		Q	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO Ricostruzione di dente fratturato	200,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	150,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	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 compresa applicazione di eventuale provvisorio	150,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	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 compresa applicazione di eventuale provvisorio	150,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	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 compresa applicazione di eventuale provvisorio	200,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	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 compresa applicazione di eventuale provvisorio	200,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	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 pilastro]	200,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale o scheletrata in resina [per arcata]	128,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale o scheletrata in resina [per arcata] Incluso: Eventuali attacchi di precisione	86,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
23		Q	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA Rimovibile (Per elemento)	17,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.  La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA Molaggio selettivo dei denti (Per seduta)	43,00	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
23		Q	23.5	IMPIANTO DI DENTE Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi, compresa stabilizzazione	128,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
23		Q	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA Impianto dentale endoosseo	75,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.  La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
23		Q	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO incluso: pulpotomia escluso: Otturazione	50,00	CR163/2003 GR 234/2007		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
23		Q	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO incluso: pulpotomia escluso: Otturazione	90,00	CR163/2003 GR 234/2007		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
23		Q	23.73	APICECTOMIA con otturazione retrograda	86,00	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
24		Q	24.00.1	GENGIVECTOMIA (Per gruppo di 4 denti) pedunculato Incluso: Innesto libero o	43,00	GR 508/97 CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
24		Q	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
24		Q	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
24	I	Q	24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE (trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto compreso pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura)	22,00	CR163/2003		ai fini tariffari, qualora eseguite, devono essere aggiunte le prestazioni: 23.20 - 27.51 - 27.52 .La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
24		Q	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)	100,00	GR 508/97 CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
24		Q	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
24		Q	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante)	43,00	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
24		Q	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO (Per emiarcata)	43,00	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO: condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
24		Q	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA Asportazione di lesione odontogenica	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
24	*	Q	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI per anno. (I dispositivi medici sono a completo carico degli utenti a tariffe concordate non superiori a 200 euro l'anno di terapia)	500,00 (1°a.) 500,00 (2°a.) 250,00 (3°a.) 150,00 (4°a.)	GR 508/97 CR163/2003	erogate a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche anomale non basali con significativa compromissione funzionale; anomalie non basali senza significativa compromissione funzionale.	CRITERI DI ACCESSO: condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa. La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
24	*	Q	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI per anno la tariffa è comprensiva dei dispositivi medici utilizzati per la terapia	800,00 (1°a.) 800,00 (2°a.) 500,00 (3°a.) 240,00 (4°a.)	GR 508/97 CR163/2003	erogate a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche: anomalie non basali con significativa compromissione funzionale; anomalie non basali senza significativa compromissione funzionale.	CRITERI DI ACCESSO: condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa.
24	*	Q	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI incluso: Trattamento con placca di svincolo una o due arcate (per anno)	500,00 (1°a.) 500,00 (2°a.) 250,00 (3°a.) 150,00 (4°a.)	GR 508/97 CR163/2003	erogata a soggetti < 14 anni per ortodonzia intercettiva nei casi di anomalie basali (sagittali-verticali-orizzontali)	La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente. la tariffa della prestazione è di 500 euro per i primi due anni, si prevede un abbattimento del 50% per il terzo anno di terapia e un abbattimento del 70% per il quarto anno di terapia. Il costo del dispositivo medico a completo carico dell'utente non può essere superiore a 200 euro l'anno di terapia. L'accordo con i soggetti privati che collaborano con il progetto prevede la erogazione della medesima prestazione a 700 euro comprensive del dispositivo medico, si applica anche in questo caso l'abbattimento previsto come sopra.
24	I	Q	24.70.4	RIABILITAZIONE GNATOLOGICHE E POSTURALI per anno ( la tariffa non è comprensiva dei dispositivi medico individuali)	500,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
24	*	Q	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	22,00	GR 508/97 CR163/2003	erogata a soggetti che hanno usufruito della prestazione 24.70.3 - 24.70.1 - 24.70.2	CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa.
25		Q	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
25		Q	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	29,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
25		Q	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE (27.41) Escluso: Frenulectomia labiale	57,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
26		Q	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI Asportazione di calcoli del dotto salivare	57,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
26		Q	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
26		Q	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	22,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA Asportazione neoplasie del cavo orale	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO solo associata alla prestazione 24.19.1	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		Q	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA solo associata alla prestazione 24.19.1	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
27		U	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	10,00			
27		Q	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
28		U	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ACESSO PERITONSILLARE	20,00	GR 508/97		
29		U	29.12	BIOPSIA FARINGEA	20,00			
31		U	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA Laringoscopia a fibre ottiche	28,00			
31		U	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRETTA Incluso: Anestesia	7,00			
31		U	31.42.2	LARINGOSTROSCOPIA	21,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
31		U	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	25,00			
31		U	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	13,00			
31		U	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO	23,00			
33	H	V	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	83,00			
33	H	V	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con: biopsia esfoliativa del polmone brushing o washing per prelievo di campione biopsia asportativa Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa	129,00			
34	H	C	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA GUIDATA CON IMMAGINI Biopsia con ago sottile	129,00	GR 207/99		
34	H	C	34.91	TORACENTESI	93,00			
34	H	CH	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	165,00			
34	H	R	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	62,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
38		BE	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,00			
38		BE	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,00			
38	H	E	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE Stripping delle collaterali	209,00			
38	I	E	38.89	DECONNESSIONE DEGLI SBocchi SAFENO-FEMORALE E SAFENO- POPLITEO	360,00	GR 268/2002		
38	I H	Z	38.93	CATERISIMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	258,00			
38	I	Z	38.94	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE	258,00	GR 207/99		
38	H	M	38.95	CATERISIMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio	258,00			
38	H	ER	38.98	PUNTURA DI ARTERIA Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	31,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
38		H	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	26,00			
38		H	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	41,00			
39	HI	M	39.27.1	Confezionamento di fistola prossimale arterovenosa per dialisi renale	331,00	GR 84/2011		
39	HI	M	39.40	Confezionamento di fistola periferica arterovenosa per dialisi renale	331,00	GR 84/2011		
39	HI	M	39.43	Chiusura di fistola periferica arterovenosa per dialisi renale	219,00	GR 84/2011		
39		BE	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA (ECOGUIDATA) DI SOSTANZE SCLEROSANTI Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	9,00	GR 268/2002		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
39	H	M	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	185,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
39		M	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	155,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39		M	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	125,00	GR 1216/2004		
39	H	M	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	208,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39	H	M	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata	255,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39		M	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata	225,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39	H	M	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili	275,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39	H	M	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	275,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39	H	M	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	225,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
39		M	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	18,00			
40		C	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	42,00			
40		CH	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	59,00			
40		CH	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	105,00			
41		C	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	35,00			
42		J	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	14,00			
42		J	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	82,00			
42	H	J	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma	97,00	GR 268/2002		
43	A	J	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO, DELL'ESOFAGO E DEL DUODENO PER VIA ENDOSCOPICA Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (45.16), Controllo di emorragia	49,00	GR 268/2002		Accorpa la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 42.33.1
43		J	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA Mediante laser Escluso: Biopsia dello stomaco (45.16), Controllo di emorragia	77,00			



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
44		J	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	88,00			
44		J	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	14,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
45		J	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.16)	57,00			
45	A	J	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno con o senza test all'ureasi	71,00	GR 268/2002		La prestazione accorpa le prestazioni di cui all'ICD-IX-CM 42.24;44.14; 45.14
45		J	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DESTRA O PANCOLONSCOPIA Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	62,00	GR 268/2002		
45		J	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	103,00			
45	I	J	45.23.2	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	170,00	GR 268/2002		
45	I	J	45.23.3	COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE	155,00	GR 268/2002		
45		J	45.24	SIGMOIDOSCOPIA ( COLONSCOPIA SINISTRA) CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	37,00	GR 268/2002		
45	I	J	45.24.1	SIGMOIDOSCOPIA ( COLONSCOPIA SINISTRA) CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA	120,00	GR 268/2002		
45		J	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	87,00			
45	I	J	45.25.1	COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON BIOPSIA	175,00	GR 268/2002		
45		J	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	75,00			
45		J	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	42,00			
45		J	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	28,00			
45		J	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	167,00			
45		J	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO E RETTO Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	97,00	GR 268/2002		include la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 48.36
45	I	J	45.42.1	COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON POLIPECTOMIA	210,00	GR 268/2002		
45		J	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)	103,00	GR 268/2002		
46	I	J	46.85	DILATAZIONE INTESTINO PER VIA ENDOSCOPICA sonde palloni	125,00	GR 268/2002		
48		J	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	26,00			
48		J	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia	42,00			
48		J	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE (BIOFEED BACK ANORETTALE)	58,00	GR 268/2002		
48	H	CJ	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	35,00			
49		C	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	35,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
49		C	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)	35,00			
49		C	49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	35,00			
49		J	49.21	ANOSCOPIA	23,00			
49		C	49.23	BIOPSIA DELL' ANO	24,00			
49		C	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO Escissione di papilla anale ipertrofica	42,00			
49		C	49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO Asportazione o demolizione di ragadi anali Escluso: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31)	42,00			
49		C	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	17,00			
49		C	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	42,00			
49		C	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI Emorroidectomia NAS	42,00			
49		C	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	42,00			
49		C	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE Divisione di sfintere NAS (interna)	42,00			
50	H	CJ	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato	77,00	GR 268/2002		
50	H	CH	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO GUIDATA CON IMMAGINI	155,00	GR 207/99		
50	H	CHJ	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Escluso: Biopsia percutanea (50.11)	155,00	GR 268/2002		
51	H	CHJ	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	88,00			
54	RI	T	54.21	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	800,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale ( del CR 221/99).
54		C	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	21,00			
54	H	C	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE incluso: biopsia renale, biopsia pancreatica Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	62,00	GR 207/99		
54	H	CH	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)	88,00			
54		C	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneo-peritoneale (54.93)	35,00			
54	H	CH	54.91.1	DRENAGGIO GUIDATO CON IMMAGINI PERCUTANEO ADDOMINALE Drenaggio delle regioni superficiali	103,00	GR 207/99		
54		M	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi	105,00			
54	H	R	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	62,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
54		M	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	58,00	GR 508/97- GR1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
54		M	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	49,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
55	H	Y	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE Puntura di cisti renale	62,00			
56	H	Y	56.31	URETEROSCOPIA Con strumento flessibile	73,00			
57		Y	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	28,00			
57		Y	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata	45,00			
57		Y	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	57,00			
57		Y	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	57,00			
57		Y	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	57,00			
57		Y	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	57,00			
57		Y	57.94	CATERETERISMO VESCICALE	10,00			
58		Y	58.22	URETROSCOPIA	28,00			
58		Y	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	39,00			
58		Y	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA Asportazione di caruncola uretrale	39,00			
58	H	Y	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	88,00			
58	H	Y	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	39,00			
58		Y	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (seduta unica)	35,00	GR 508/97		
58		Y	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE (Per seduta)	11,00	GR 508/97		
58		Y	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	39,00	GR 508/97		
59		Y	59.8	CATERETERIZZAZIONE URETERALE Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale Escluso: Catereterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	23,00			
60		Y	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico	28,00			
60		Y	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Approccio transperineale o transrettale	28,00			
60		HY	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata	48,00			
60	H	Y	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI incluso eventuale guida ecografica	62,00	GR 207/99		
60		Y	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	28,00			
61		Y	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	18,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
61		Y	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE Aspirazione percutanea della tunica vaginale	18,00			
62		Y	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	28,00			
63		Y	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO Manuale Escluso: quella associata ad orchidopessi	15,00			
63	H	Y	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	88,00			
64	I	Y	64.0	CIRCONCISIONE	280,00	GR 268/2002		
64		Y	64.11	BIOPSIA DEL PENE	20,00			
64		Y	64.19.1	BALANOSCOPIA	7,00			
64		F	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	8,00			
64		F	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	30,00			
64		Y	64.92.1	FRENULOTOMIA	19,00			
64		Y	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	20,00			
65	H	T	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	42,00			
66		T	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche e quella per isterosalpingografia (87.83)	22,00			
67		T	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] Escluso: Conizzazione della cervice	25,00			
67		T	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	28,00	GR 933/97		
67		T	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO Elettrocoagulazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio	37,00			
67		T	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	37,00			
68		T	68.12.1	ISTEROSCOPIA Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	22,00			
68		T	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	30,00			
68	RI	T	68.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO Escluso le procedure di cui al codice 68.29.1	500,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale ( del CR 221/99); la prestazione individua le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: 68.21; 68.22; 68.23; 68.29
68		T	68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia per via vaginale mediante torsione Escluso: Miomectomia con parcellizzazione	47,00			
69	RI	T	69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale ( del CR 221/99).
69		T	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	13,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
69	HR*	T	69.92	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA Incluso: Capacitazione di materiale seminale(69.92.1) e Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	475,00	GR 1285/2000 GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a tre volte (4 cicli, intesi come PMA di 1° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
69	H	T	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	13,00			
69	I	T	69.92.2	MONITORAGGIO DELLA OVULAZIONE	385,00	GR 1285/2000		La tariffa è comprensiva delle prestazioni cod. 88.78.1 (una media di 7 ecografie), cod. 90.19.2 e cod. 90.27.5.
69	IHR*	T	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	1.826,00	GR 1285/2000 GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica.La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
69	IHR*	T	69.92.4	FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA E PRELIEVO MICROCHIRURGICO DEGLI SPERMATOZOI Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	2.549,00	GR 1285/2000 GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale.In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
69	IR*	T	69.93.1	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2) Codificare anche la specifica voce di reperimento dei gameti	555,00	GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a tre volte (4 cicli). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
69	IHR*	T	69.93.2	FECONDAZIONE IN VITRO DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2) Codificare anche la specifica voce di reperimento dei gameti	1.919,00	GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale.In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
69	IHR*	T	69.93.3	FECONDAZIONE IN VITRO DA DONAZIONE DI OVOCITI Codificare anche la specifica voce di reperimento dei gameti	1.133,00	GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000. Nel caso in cui la donazione sia di entrambi i gameti (maschile e femminile) dovranno essere codificati entrambi i percorsi di riferimento.
69	IHR*	T	69.93.4	FECONDAZIONE IN VITRO DA DONAZIONE DI OVOCITI E PRELIEVO MICROCHIRURGICO DEGLI SPERMATOZOI Codificare anche la specifica voce di reperimento dei gameti	1.856,00	GR 837/2014	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 42 anni ( si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000. Nel caso in cui la donazione sia di entrambi i gameti (maschile e femminile) dovranno essere codificati entrambi i percorsi di riferimento
69	I	T	69.93.A	REPERIMENTO GAMETI MASCHILI DA DONATORE	100,00	GR 837/2014	Solo in associazione alle prestazioni 69.93.1, 69.93.2, 69.93.3	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni sui donatori connesse alla attività di reperimento di gameti, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale.
69	I	T	69.93.B	REPERIMENTO GAMETI MASCHILI DA BANCHE	400,00	GR 837/2014	Solo in associazione alle prestazioni 69.93.1, 69.93.2, 69.93.3	La tariffa include tutti i costi dei servizi di reperimento dei gameti forniti da banche/istituti/centri, compresa la preparazione, lavorazione e spedizione
69	I	T	69.93.C	REPERIMENTO OVOCITI DA DONNA CHE STA EFFETTUANDO UN CICLO DI PMA	727,00	GR 837/2014	Solo in associazione alle prestazioni 69.93.3, 69.93.4	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni sulla donatrice connesse alla attività di reperimento di gameti, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale.
69	I	T	69.93.D	REPERIMENTO OVOCITI DA DONNA CHE NON STA EFFETTUANDO UN CICLO DI PMA	1.719,00	GR 837/2014	Solo in associazione alle prestazioni 69.93.3, 69.93.4	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni sulla donatrice connesse alla attività di reperimento di gameti, ivi compresi farmaci per la stimolazione ovarica e specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale.
69	I	T	69.93.E	REPERIMENTO OVOCITI DA BANCHE	2.800,00	GR 837/2014	Solo in associazione alle prestazioni 69.93.3, 69.93.4	La tariffa include tutti i costi dei servizi di reperimento dei gameti forniti da banche/istituti/centri, compresa la preparazione, lavorazione e spedizione

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
69	IR*	T	69.94.1	CRIOCONSERVAZIONE DEGLI OVOCITI	1.421,00	GR 809/2015	La prestazione è erogabile solo se la donna ha meno o uguale a 40 anni ed è affetta da neoplasia maligna o patologia con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori e nella donna affetta da endometriosi severa	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale e la conservazione del materiale biologico fino al compimento dei 40 anni della donna.
69	IR*	T	69.94.2	CRIOCONSERVAZIONE DEL LIQUIDO SEMINALE/MATERIALE TESTICOLARE	397,00	GR 809/2015	La prestazione è erogabile solo se l'uomo ha meno o uguale a 50 anni ed è affetto da neoplasia maligna o patologia con previsione di chemio/radioterapia o immunosoppressori	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale e la conservazione del materiale biologico fino al compimento dei 50 anni dell'uomo
69	IR*	T	69.94.3	SCONGELAMENTO DEI GAMETI	80,00	GR 809/2015	La prestazione è erogabile solo se la donna ha meno o uguale a 43 anni (si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale
69	IHR*	T	69.94.4	FECONDAZIONE IN VITRO DA CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI	1.053,00	GR 809/2015	La prestazione è erogabile solo se la donna ha una età minore od uguale a 43 anni (si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000.
69	IHR*	T	69.94.5	FECONDAZIONE IN VITRO DA CRIOCONSERVAZIONE DI OVOCITI E PRELIEVO MICROCHIRURGICO DEGLI SPERMATOZOI	1.776,00	GR 809/2015	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 43 anni (si intende 42 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli, intesi come PMA di 2°-3° livello in qualunque regime effettuati). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
70		T	70.11.1	IMENOTOMIA Per ematocolpo	25,00			
70		T	70.21	COLPOSCOPIA	11,00	GR 933/97		
70		T	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI Con eventuale puntura esplorativa	20,00			
70		T	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	25,00			
70		FT	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	30,00			
71		T	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	20,00			
71		T	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	25,00			
71		FT	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	20,00	GR 508/97		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
71		FT	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE Laserterapia per fatti distrofici	30,00	GR 508/97		
75	H	T	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	88,00	GR 508/97		
75	*	T	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE	77,00	GR 508/97 GR 569/01	la prestazione è erogata nei casi di: a)malformazioni fetali in senso stretto, ecograficamente diagnosticate;b) riarrangiamento strutturale del corredo cromosomico a rischio di sbilanciamento nella progenie; c)aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei genitori compatibili con la fertilità;d) precedente figlio con cromosomopatia. Precedente interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, o parto, nei quali vi sia un sospetto fondato di patologie genetiche (ad es. malformazioni multiple), ma per il quale non sia stato effettuato il cariotipo. Non costituisce indicazione all'amniocentesi una precedente perdita fetale o parto di neonato affetto da malformazioni sicuramente non causate da patologie genetiche diagnosticabili;e) aumentato rischio di patologie mendeliane diagnosticabili; f) età materna alla data presunta del parto ≥35 anni; g) rischio di trisomia 21 o di trisomia 18, stimato al triplo test ≥1:300 al parto ( equivalente a > 1:250 al secondo trimestre);h) indicazioni particolari valutate da specialisti del settore (ginecologi o genetisti)	
75	*	T	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA	62,00	GR 508/97 GR 569/01	la prestazione è erogata nei casi di: a)malformazioni fetali in senso stretto, ecograficamente diagnosticate;b) riarrangiamento strutturale del corredo cromosomico a rischio di sbilanciamento nella progenie; c)aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei genitori compatibili con la fertilità;d) precedente figlio con cromosomopatia. Precedente interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, o parto, nei quali vi sia un sospetto fondato di patologie genetiche (ad es. malformazioni multiple), ma per il quale non sia stato effettuato il cariotipo. Non costituisce indicazione all'amniocentesi una precedente perdita fetale o parto di neonato affetto da malformazioni sicuramente non causate da patologie genetiche diagnosticabili;e) aumentato rischio di patologie mendeliane diagnosticabili; f) età materna alla data presunta del parto ≥35 anni; g) rischio di trisomia 21 o di trisomia 18, stimato al triplo test ≥1:300 al parto ( equivalente a > 1:250 al secondo trimestre);h) indicazioni particolari valutate da specialisti del settore (ginecologi o genetisti)	
75	H	T	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	88,00			
75		T	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT	17,00			
75	H	T	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico	31,00			
76		Q	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
76	H	Q	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	86,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
76		Q	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE alveolare con stabilizzazione dei denti Riduzione di frattura	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
76	I*	D	76.92.1	INSERZIONE DI PROTESI MENTONIERA	310,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata in caso trattasi di esito di trauma o di patologia	
76		S	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	28,00			
76		S	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	28,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
77	IR	S	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO INCLUDE cod. 77.57 ( RIPARAZIONE DITO AD ARTIGLIO)	320,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
78		S	78.7	OSTEOCLASIA Manuale o strumentale	20,00			
79	H	S	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA in sede non specificata	52,00			
79	H	S	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
79	H	S	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA Braccio NAS	52,00			
79	H	S	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA Mano NAS	52,00			
79	H	S	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	41,00			
79	H	S	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA Piede NAS	52,00			
79	H	S	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
79	H	S	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	36,00			
79	H	S	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	36,00			
79	H	S	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	36,00			
79	H	S	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	36,00			
79	H	S	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	36,00			
80		S	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA Biopsia aspirativa	42,00			
81		S	81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	28,00			
81		RS	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute)	28,00	GR 802/99		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
82	IR	S	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO LIBERAZIONE DI ADERENZE DI FASCIA, MUSCOLO, TENDINE DELLA MANO (TENOLISI DITO A SCATTO)	290,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
83		S	83.02	MIOTOMIA Escluso: Miotomia cricofaringea	20,00			
83		S	83.03	BORSOTOMIA Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	28,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
83		C	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)	34,00			
83		C	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	34,00			
83		CH	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	47,00			
83		C	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	34,00			
83		C	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari (99.25-99.29.9)	7,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
85		C	85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	30,00			
85		C	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	25,00			
85		CH	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	37,00			
85		C	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS Incisione di ascesso mammario	30,00			
85		C	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	30,00			
85		CH	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Eco-guidata	37,00			
85	IH*	D	85.53	IMPIANTO DI PROTESI MAMMARIA MONOLATERALE	1.050,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata quando trattasi di ricostruzione post mastectomia o per grave asimmetria da malformazione	
85	IH*	D	85.94	RIMOZIONE DI PROTESI MAMMARIA	400,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata quando trattasi di patologia dei processi di guarigione	
86		C	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	8,00			
86		C	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	16,00			
86		D	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	10,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
86		C	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE Escluso: Marsupializzazione	27,00			
86		C	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)	37,00			
86		C	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)	37,00			
86		CF	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	14,00			
86		F	86.19.1	ELASTOMETRIA	5,00			
86		F	86.19.2	SEBOMETRIA	5,00			
86		F	86.19.3	CORNEOMETRIA	6,00			
86		F	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	8,00			
86		CD	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)	18,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
86	I	FDK	86.22.1	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE MEDIANTE LASER Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusionale. Per seduta, fino ad un ciclo massimo di 6 sedute.	41,00	GR 854/2008		
86		C	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	26,00			
86		DF	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE peeling chimico della cute	8,00			
86		F	86.25	DERMOABRASIONE mezzo meccanico (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	18,00			
86		C	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)	18,00			
86		C	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)	9,00			
86		F	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI CUTANEE MEDIANTE CRIOTERAPIA Crioterapia con azoto liquido o protossido di azoto Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	13,00	GR 508/97 GR 933/97 GR 153/98		
86		F	86.30.2	CRIOTERAPIA MEDICA (NEVE CARBONICA) Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	6,00	GR 508/97 GR 153/98		
86		F	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI CUTANEE MEDIANTE ELETTROCOAGULAZIONE Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	36,00	GR 508/97  GR 153/98		
86	I	F	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	41,00	GR 153/98 GR 207/99		
86		D	86.4	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DELLA CUTE Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti asportazione di cisti o seno pilonidale	29,00	GR 207/99		
86		D	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	29,00			
86		D	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	9,00			
86		D	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	12,00			
86		D	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	207,00	GR 268/2002		
86		D	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	258,00	GR 268/2002		
86		D	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	207,00	GR 268/2002		
86	I	FDK	86.67.1	INNESTO DI DERMA RIGENERATIVO Finalizzato al trattamento con emocomponenti ad uso non infusionale con matrice dermica contenente condroitina-6-solfato incorporata nel collagene. Per aliquota minima fino ad un massimo di dodici.	207,00	GR 854/2008		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
86		D	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	310,00	GR 268/2002		
86		D	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	310,00	GR 268/2002		
86		D	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	310,00	GR 268/2002		
86		D	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	413,00	GR 268/2002		
86	H	D	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)	258,00			
86		C	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	23,00			
86	H	D	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	258,00			
86	I	FDK	86.99.1	LASERTERAPIA PER FATTI INFIAMMATORI O DISTROFICI (Nd: YAG, CO2, IR, DIODO) Per la modulazione dei processi infiammatori nelle lesioni cutanee. Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusionale.	30,00	GR 854/2008		
87		H	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio o encefalo, sella turcica, orbite	95,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio o encefalo, sella turcica, orbite	173,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	173,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN] (mediante software dedicato) TC dei denti (arcata superiore o inferiore)	95,00	GR 1276/2009		
87		H	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare] per lato (dx o sn)	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare] per lato (dx o sn)	173,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
87		H	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra TC collo: studio del distretto viscerale compreso tra la base cranica ed il giugulo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es. TC faringe, TC laringe ecc.)
87		H	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	173,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra TC collo: studio del distretto viscerale compreso tra la base cranica ed il giugulo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es. TC faringe, TC laringe ecc.)
87		H	87.03.9	SCIALO - TAC (per ghiandola)	173,00	GR 1276/2009		
87		H	87.04.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	31,00	GR 567/2009		Da considerare doppia prestazione se richiesta anche in fonazione
87	H	H	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	113,00	GR 567/2009		
87		H	87.06	FARINGOGRAFIA Incluso: esame diretto	45,00	GR 567/2009		
87		H	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) (per ghiandola) Incluso: esame diretto	91,00	GR 567/2009		
87		H	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	59,00	GR 567/2009		
87		H	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	13,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE Con videoregistrazione	91,00	GR 567/2009		
87		H	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	13,00	GR 567/2009		
87		H	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	13,00	GR 567/2009		
87		H	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	26,00	GR567/2009		
87		H	87.11.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATE DENTARIE	26,00	GR 567/2009		
87		H	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica Per ogni proiezione	13,00	GR 567/2009		
87		HQ	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)	13,00	GR 567/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
87		H	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Monolaterale ( 4 proiezioni) Incluso: esame diretto	91,00	GR 567/2009		
87		H	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Bilaterale Incluso: esame diretto	113,00	GR567/2009		
87		H	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola	13,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto	59,00	GR567/2009		
87		H	87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporo-mandibolare basale e dinamica (87.16.2)	31,00	GR567/2009		
87		H	87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporo-mandibolare basale e dinamica (87.16.2)	45,00	GR567/2009		
87		H	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni	26,00	GR 567/2009		
87		H	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA (2 proiezioni)	21,00	GR567/2009		
87		H	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)	21,00	GR567/2009		
87		H	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE rachide cervicale, prove dinamiche (2 proiezioni)	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) rachide dorsale, prove dinamiche (due proiezioni)	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (2 proiezioni) [rachide lombosacrale, sacrococcigeo] prove dinamiche	26,00	GR567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico (ortopantomica)	59,00	GR567/2009		
87		H	87.35	GALATTOGRAFIA	91,00	GR567/2009		
87		H	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	45,00	GR567/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

<b>CODICE CAPITOLO</b>	<b>NOTA</b>	<b>BRANCA</b>	<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>TARIFFA</b>	<b>DELIBERA INTEGRATIVA</b>	<b>PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)</b>	<b>NOTE</b>
87		H	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	31,00	GR567/2009		
87		H	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	45,00	GR567/2009		
87		H	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA (Minimo 2 radiogrammi)	59,00	GR567/2009		
87		H	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] incluso: TC cuore	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] incluso: TC cuore	173,00	GR567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare	59,00	GR567/2009		
87		H	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE Tomografia monolaterale polmonare	45,00	GR567/2009		
87		H	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	45,00	GR567/2009		
87		H	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	26,00	GR567/2009		Da intendersi esame panoramico dello scheletro toracico escluso colonna
87		H	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] escluso: torace con metodologia ILO (2 proiezioni)	26,00	GR567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
87		H	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (3 proiezioni)	31,00	GR567/2009		
87		H	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1	13,00	GR567/2009		
87		H	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	91,00	GR567/2009		
87	H	H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto	59,00	GR567/2009		
87		H	87.59.1	COLECISTOGRAFIA Incluso: esame diretto e prova di Bronner	59,00	GR567/2009		
87		H	87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 radiogrammi) Incluso: Radiografia dell' esofago (transito esofageo)	113,00	GR567/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
87		H	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi)	91,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	45,00	GR567/2009		
87		H	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	59,00	GR567/2009		
87		H	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO Stomaco e duodeno, duodenografia ipotonica incluso: eventuale ipotonia farmacologica	91,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	59,00	GR567/2009		
87		H	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)	31,00	GR567/2009		
87		H	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	59,00	GR567/2009		
87		H	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	103,00	GR567/2009		
87		H	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	164,00	GR567/2009		
87	H	H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO Wirsungrafia	91,00	GR567/2009		
87		H	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale	91,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.72	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia (senza mezzo di contrasto) Incluso: esame diretto	45,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
87		H	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropielotomografia e cistografia	164,00	GR567/2009		
87	H	H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,00	GR567/2009		
87	H	H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	113,00	GR567/2009		
87		H	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	59,00	GR567/2009		
87		H	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi)	91,00	GR567/2009		
87		H	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	91,00	GR567/2009		
87		H	87.77	CISTOGRAFIA escluso: prestazione effettuata come parte di Urografia endovenosa (87.73) (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,00	GR567/2009		



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
87		H	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,00	GR567/2009		
87		H	87.79.1	URETROGRAFIA (3 radiogrammi)	91,00	GR567/2009		
87		H	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto, per via ecografica	113,00	GR567/2009		
87		H	87.89.1	COLPOGRAFIA (4 radiogrammi)	59,00	GR567/2009		
87		H	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	91,00	GR 567/2009		
87		H	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	103,00	GR 567/2009		
88	A	H	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, stomaco, duodeno, grandi vasi addominali, reni e surreni]	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC fegato, TC pancreas...)
88	A	H	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, stomaco, duodeno, grandi vasi addominali, reni e surreni]	173,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC fegato, TC pancreas...)
88		H	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE [Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata]	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dalle creste iliache al perineo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC utero) o la dizione scavo pelvico
88		H	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO [Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata]	173,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dalle creste iliache al perineo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC utero) o la dizione scavo pelvico
88		H	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO [Addome superiore ed inferiore, retroperitoneo]	110,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88		H	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO [Addome superiore ed inferiore, retroperitoneo]	184,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88		H	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME (4 radiogrammi)	91,00	GR 567/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		H	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	164,00	GR 567/2009		
88		H	88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME [Addome, apparato urinario a vuoto] (2 proiezioni)	26,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88		H	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	26,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	26,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	21,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.25	PELVIMETRIA	21,00	GR 567/2009		
88		H	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	26,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno,avanpiede], dito del piede	21,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO (ortopanoramica)	59,00	GR 567/2009		
88		H	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	26,00	GR 567/2009		
88		H	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	103,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88		H	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	26,00	GR 567/2009		
88		H	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	113,00	GR 567/2009		
88		H	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	13,00	GR 567/2009		
88		H	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	31,00	GR 567/2009		
88		H	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE incluso: FISTOLOGRAFIA NAS (Minimo 2 radiogrammi)	59,00	GR 567/2009		
88		H	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE (Minimo 2 radiogrammi)	59,00	GR 567/2009		
88		H	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE  TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	95,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		H	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	173,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra  Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE TC di: spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano	95,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano	173,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache	95,00	GR 1276/2009		
88		H	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede	95,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede	173,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio incluso: Artro disco TC	191,00	GR 567/2009		
88		H	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)	21,00	GR 567/2009		
88	I	HQ	88.39.5	PROIEZIONE SPECIALE AGGIUNTIVA RADIOGRAFICA	13,00	GR 567/2009		La prestazione è riconosciuta solo se espressamente richiesta nella prescrizione
88	H	H	88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico, vasi aortici e distretti sovraortici	283,00	GR 207/99		
88	H	H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE E DEI DISTRETTI INFERIORI Angiografia digitale dell' aorta addominale	283,00	GR 207/99		
88	H	H	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	283,00			
88	H	H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE Cervicale, dorsale, lombare	227,00			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88	H	H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	98,00			
88	H	H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	207,00			
88	H	H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	207,00			
88	H	H	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE Monolaterale	207,00			
88	H	H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	207,00			
88	H	H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE, SURRENALE, SOVRAEPATICA	207,00	GR 207/99		
88	H	H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale	212,00			
88	H	H	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale	207,00			
88	H	H	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale	232,00			
88		H O	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA Ecografia tranfontanelare	36,00	GR 1276/2009		
88		BEO	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	44,00	GR 1276/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		BEO	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	50,00	GR 1276/2009		
88		GHI	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO [ ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi]	44,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Collo: comprende lo studio delle ghiandole salivari maggiori, della tiroide, della paratiroide, delle strutture muscolari del collo e delle stazioni linfonodali laterocervicali e sovraclavari e dei rapporti di tali organi con i grandi vasi del collo con la trachea e con l'esofago. Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più degli organi sovraelencati.
88		BH	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	44,00	GR 1276/2009		
88		B	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	50,00	GR 1276/2009		
88		B	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	60,00	GR 1276/2009		
88		B	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	80,00	GR 1276/2009		
88		BT	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	50,00	GR 1276/2009		
88		H	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	36,00	GR 1276/2009		
88		H	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	22,00	GR 1276/2009		
88		H	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	36,00	GR 1276/2009		
88		H	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	36,00	GR 1276/2009		
88		BE	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	60,00	GR 1276/2009		
88	I*	H	88.73.6	BIOPSIA DELLA MAMMELLA STEREOTASSICA CON RETROASPIRAZIONE	510,00	GR 268/2002	la prestazione viene eseguita in caso di lesioni non palpabili: studiate con esame citologico risultato non conclusivo; studiate con esame citologico risultato dubbio; studiate con esame citologico risultato negativo, ma con quadro mammografico sospetto; caratterizzate da microcalcificazioni di significato incerto; caratterizzate da opacità di diametro inferiore a 1 cm., anche in considerazione della necessità di valutare la possibilità di studiare il coinvolgimento dei linfonodi ascellari tramite lo studio del linfonodo sentinella; nelle quali sia necessaria una caratterizzazione preoperatoria non possibile su prelievo istologico;	
88	I	H	88.73.7	MICROBIOPSIA MAMMARIA CON TECNICA STEREOTASSICA	100,00	GR 268/2002		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88	A	HJ	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, aorta addominale, grossi vasi addominali, linfonodi paravasali]  Incluso: reni ed eventuale integrazione (color)doppler escluso :Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	50,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Addome superiore: comprende esame del fegato, vie biliari, colecisti, coledoco, v. porta, pancreas, milza, reni, surreni e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, nonché di eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale ivi presenti, da effettuare anche in presenza di prescrizione limitata allo studio di uno o più dei singoli organi sopra riportati. E' esclusa la prescrizione di "Ecotomografia dei reni" riconducibile all'Ecografia dell'addome inferiore (88.75.1)
88	A	H	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE [Reni, ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile, apparato genito urinario] Incluso: eventuale integrazione (color)doppler Escluso: Ecografia dell'addome completo(88.76.1)	50,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Addome inferiore:comprende lo studio dei reni, della vescica, degli organi genitali interni e dei grandi vasi della porzione sottoombelicale dell'addome nonché di eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale ivi presenti, da effettuare anche in presenza di prescrizione limitata allo studio di uno o più dei singoli organi sopra riportati
88	A	HJ	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO Incluso: eventuale integrazione (color)doppler	60,00	GR 1276/2009		Addome completo: comprende lo studio degli organi contenuti nell'addome e nel retroperitoneo, dal diaframma al pavimento pelvico e lo studio dei grandi vasi. Sono da considerare sinonimi le dizioni " Ecografia addome superiore ed inferiore", "Ecografia addome superiore e scavo pelvico", "Ecografia del retroperitoneo", nonché le voci che indicano organi o apparati dell'addome superiore ed inferiore.
88		BE	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	36,00	GR 1276/2009		
88		BE	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, FETOPLACENTARE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	50,00	GR 1276/2009		
88		BE	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	36,00	GR 1276/2009		
88		T	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	36,00	GR 1276/2009		
88		HT	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA Per monitoraggio ovulazione	22,00	GR 1276/2009		
88		T	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	36,00	GR 933/97 GR 1276/2009		
88		H	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	36,00	GR 1276/2009		
88		HS	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca	36,00	GR 1276/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		HS	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	36,00	GR 1276/2009		Comprende lo studio dei profili ossei della struttura locomotoria e capsulare dell'articolazione indicata nella descrizione. Lo studio ecografico delle articolazioni della mano va considerato come unico esame. Lo studio ecografico delle articolazioni del piede va considerata quale unico esame. E' da considerarsi sinonimo la dizione "Ecografia articolare".
88		H	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	60,00	GR 1276/2009		
88		H	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	36,00	GR 1276/2009		
88		H	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	44,00	GR 1276/2009		Comprende lo studio del sacco scrotale e del suo contenuto. Sono da considerarsi sinonimi "Ecografia dello scroto" e tutti gli altri termini indicanti lo studio di una delle componenti del contenuto scrotale.
88		H	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE incluso: Ecografia addome inferiore	60,00	GR 1276/2009		Comprende l'intero studio dell'addome inferiore, come sopra descritto (88.75.1) con l'aggiunta dello studio endovaginale dell'utero, con particolare riguardo alla rima endometriale, delle salpingi, delle ovaie, dei parametri e dello scavo di Douglas, nonché della parete del retto e della vescica. Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più organi od apparati sopradescritti seguiti dalla dizione "con sonda endovaginale" nonché il termine "ecografia endovaginale".
88		HYJ	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE incluso: Ecografia addome inferiore	60,00	GR 268/2002 GR 1276/2009		Comprende l'intero studio dell'addome inferiore, come sopra descritto (88.75.1), con l'aggiunta di: nel maschio dello studio della prostata, delle vescichette seminali, della porzione posteriore della parete vescicale e della parete del retto; nella femmina dello studio dell'utero, delle salpingi, delle ovaie, dei parametri e dello scavo di Douglas, nonché della parete della vagina, del retto e della vescica. Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi sopra descritti seguiti dalla dizione "con sonda endorettale"
88		H	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Scheletro in toto e colonna	26,00	GR 567/2009		
88		H	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	26,00	GR 567/2009		
88		H	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	26,00	GR 567/2009		
88	I	K	88.89.01	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE Ricostruzione 3D in corso di indagine con luce strutturata e teletermografia per la valutazione e il monitoraggio delle lesioni. Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusionale.	29,00	GR 854/2008		
88		H	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	13,00	GR 567/2009		
88		H	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC E RM Ricostruzione tridimensionale in corso di indagine TC o RM	31,00	GR 567/2009		La ricostruzione tridimensionale può essere applicata a qualsiasi distretto purché esplicitamente richiesta

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		H	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	21,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88	I	H	88.90.4	PRESTAZIONE DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) SPECIALE AGGIUNTIVA	130,00	GR 207/99		La prestazione viene codificata in presenza di più prestazioni effettuate contestualmente e corrispondenti a più segmenti, esclusivamente per prestazioni di RM eseguite con mezzo di contrasto.
88		H	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO Rm encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale, studio funzionale Incluso: relativo distretto vascolare, Rm encefalo- fetale	170,00	GR 207/99 GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Rm encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale, studio funzionale Incluso: relativo distretto vascolare, Rm encefalo- fetale	254,00	GR 207/99 GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE Rm sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazione temporomandibolare (per lato) Incluso: relativo distretto vascolare	155,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO Rm sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazione temporomandibolare (per lato) Incluso: relativo distretto vascolare	254,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88	HI	H	88.91.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO IN ETA' EVOLUTIVA ANNI 0-10	350,00	GR151/2010		
88	HI	H	88.91.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO, O DIFFUSIONE IN ETA'EVOLUTIVA ANNI 0-10	520,00	GR151/2010		
88	HI	H	88.91.C	SPETTROSCOPIA ( DEL PROTONE H-MRS E DEL FOSFORO P-MRS) IN RM IN ETA' EVOLUTIVA ANNI 0-10	690,00	GR151/2010		
88		H	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	254,00	GR 567/2009		
88		H	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	155,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra.  RM collo: studio del distretto viscerale compreso tra la base cranica ed il giugulo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.: Rm faringe, Rm laringe ecc.)
88		H	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	254,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra  RM collo: studio del distretto viscerale compreso tra la base cranica ed il giugulo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.: Rm faringe, Rm laringe ecc.)
88		H	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	254,00	GR 567/2009		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		H	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	145,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88		H	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	254,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
88		H	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	254,00	GR 508/97 GR 567/2009		
88		H	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	155,00	GR 1276/2009		
88		H	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		
88		H	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	288,00	GR 567/2009		
88		H	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale	130,00	GR 1276/2009		
88		H	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Monolaterale	254,00	GR 567/2009		
88		H	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	155,00	GR 1276/2009		
88		H	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Bilaterale	254,00	GR 567/2009		
88		H	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale, sacrococcigeo	145,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale, sacrococcigeo	254,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA RM di spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxo femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede Incluso: parti molli, distretto vascolare	130,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO RM di spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxo femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede Incluso: parti molli, distretto vascolare	254,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
88		H	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	254,00	GR 567/2009		
88		H	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE [Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo] e relativo distretto vascolare	155,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome superiore: studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti gli studi riguardanti uno o più organi del distretto stesso.
88		H	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO [Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo] e relativo distretto vascolare	254,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome superiore: studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti gli studi riguardanti uno o più organi del distretto stesso.
88		H	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	254,00	GR 567/2009		



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
88		H	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO [Vescica, pelvi maschile o femminile, pene e scroto] (con bobina extracorporea) incluso: relativo distretto vascolare	155,00	GR 1276/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome inferiore: studio condotto dalle creste iliache al perineo. E' da considerarsi sinonimo la dizione Rm scavo pelvico. Sono da considerarsi equivalenti gli studi riguardanti uno o più organi del distretto stesso.
88		H	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO [Vescica, pelvi maschile o femminile] (con bobina extracorporea) incluso: relativo distretto vascolare	254,00	GR 567/2009		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome inferiore: studio condotto dalle creste iliache al perineo. E' da considerarsi sinonimo la dizione Rm scavo pelvico. Sono da considerarsi equivalenti gli studi riguardanti uno o più organi del distretto stesso.
88		H	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	254,00	GR 567/2009		
88	I	H	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA	155,00	GR 1276/2009		
88	I	H	88.97.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		
88	I	H	88.97.3	COLANGIOGRAFIA RM	155,00	GR 1276/2009		
88	*	H	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia	22,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
88	*	H	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale	32,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
88	*	H	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body	43,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
88	*	H	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC Lombare	77,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
88	*	H	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	18,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
88	I	K	88.99.6	FOTOGRAFIA DIGITALE CON LUCE STRUTTURATA Per la valutazione emonitoraggio delle lesioni cutanee. Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusione	26,00	GR854/2008		
89		Z	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame del Neglect; esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	15,00			
89		Z	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica	22,00			
89	R I	Z	89.04.1	CONSULENZA DI FARMACOLOGIA CLINICA	22,00	GR 926/06		Prestazione erogata da strutture di farmacologia clinica

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
89		Z	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatica d' equipe Valutazione d'equipe per il trattamento con emocomponenti ad uso non infusioneale	41,00	GR 854/2008		
89		P	89.11	TONOMETRIA	14,00	GR 268/2002		La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
89		U	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE Rinomanometria	14,00			
89		O	89.13	VISITA NEUROLOGICA	22,00			
89		O	89.14	ELETTROENCEFALGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	34,00			
89		O	89.14.1	ELETTROENCEFALGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	36,00			
89		O	89.14.2	ELETTROENCEFALGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	36,00			
89		O	89.14.3	ELETTROENCEFALGRAMMA DINAMICO 24 Ore	47,00			
89		O	89.14.4	ELETTROENCEFALGRAMMA DINAMICO 12 Ore	36,00			
89		O	89.14.5	ELETTROENCEFALGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	36,00			
89		O	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	24,00			
89		O	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	49,00			
89		O	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	36,00			
89		O	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	36,00			
89		O	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	56,00			
89		O	89.15.6	POLIGRAFIA Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	47,00			
89		O	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	47,00			
89		O	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Per ricerca di soglia	42,00			
89		O	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Da stimolo elettrico	93,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
89		O	89.17	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	139,00			
89		O	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	139,00			
89		O	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	139,00			
89		O	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	36,00			
89		O	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,00			
89		Y	89.22	CISTOMETROGRAFIA Cistomanometria	56,00			
89		Y	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	24,00			
89		Y	89.24	UROFLUSSOMETRIA	12,00			
89		Y	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	12,00			
89		T	89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	22,00			
89		J	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67,00			
89		J	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	93,00			
89		V	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	24,00			
89		V	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	37,00			
89		V	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	47,00			
89		V	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	37,00			
89		V	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	56,00			
89		V	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO Singolo stimolo Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	47,00			
89		V	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	24,00			
89		V	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	24,00			
89		V	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	24,00			
89		V	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	47,00			
89		V	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	24,00			
89		V	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	70,00			
89		V	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAPHRAMMATICHE	47,00			
89		V	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	24,00			
89		V	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	24,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
89		F	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	7.00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
89		F	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	7.00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
89		F	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	19.00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
89		U	89.39.4	GUSTOMETRIA	10,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
89		U	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	8,00			
89		B	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	56,00			
89		B	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	19,00			
89		B	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	56,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
89		B	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	56,00			
89		V	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	84,00			
89		V	89.44.2	TEST DEL CAMMINO	56,00			
89		B	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	24,00			
89		B	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)	62,00			
89		B	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	13,00			
89		B	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia	47,00			
89		BE	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	19,00			
89		BE	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	28,00			
89		BE	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	19,00			
89		BE	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)	19,00			
89		BE	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)	28,00			
89		BE	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	21,00			
89		BE	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	19,00			
89		BE	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	19,00			
89		B	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	41,00			
89		B	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41,00			
89		BE	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	47,00			
89		KV	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	14,00			
89		V	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE Test dell' iperossia	19,00			
89		V	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	19,00			
89		V	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	19,00			
89		V	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	10,00			
89		V	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	19,00			
89		KV	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	19,00			
89		Z	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita oculistica (95.02)	22,00			
90	R	K	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	17,00	GR 714/99		
90	R	K	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	11,00	GR 714/99		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	R	K	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]	11,00	GR 714/99		
90	R	K	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]	12,00	GR 714/99		
90	R	K	90.01.5	ACIDI BILIARI (totali o ciascuno)	10,00	GR 714/99 GR 492/2004		
90	R	K	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]	16,00	GR 714/99		
90	R	K	90.02.2	ACIDO CITRICO	5,00			
90	R	K	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	10,00	GR 714/99		
90	R	K	90.02.4	ACIDO IPPURICO	6,00	GR 714/99		
90		K	90.02.5	ACIDO LATTICO	6,00			
90	R	K	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	8,00	GR 714/99		
90		K	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	4,00			
90	R	K	90.03.3	ACIDO SIALICO	14,00			
90		K	90.03.4	ACIDO VALPROICO	11,00			
90	R	K	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	21,00	GR 714/99		
90	R	K	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	10,00			
90	R	K	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	23,00	GR 714/99		
90	R	K	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	23,00	GR 714/99		
90	R	K	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	6,00	GR 714/99		
90		K	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	2,00			
90		K	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	3,00			
90		K	90.05.2	ALDOLASI [S]	5,00			
90	R	K	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	15,00	GR 714/99		
90		K	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	8,00			
90		K	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	10,00			
90		K	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	7,00			
90		K	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	11,00			
90		K	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	5,00			
90		K	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	3,00			
90		K	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	5,00			
90	I	K	90.06.7	ANTIEPILETTICI (NAS)	10,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	10,00			
90	R	K	90.07.2	AMINOACIDI: quantitativo (ognuno) [S/U/Sg/P]	4,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.07.3	AMINOACIDI: screening qualitativo (minimo 8 parametri) [S/U/Sg/P]	13,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.07.4	AMITRIPTILINA	8,00	GR 714/99		
90		K	90.07.5	AMMONIO [P]	10,00			
90	I	K	90.07.6	PROFILO AMINOACIDICO-DOSAGGIO QUANTITATIVO	103,00	GR 1216/2004		
90	R	K	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]	13,00	GR 714/99		
90	R	K	90.08.2	ANGIOTENSINA II	14,00	GR 714/99		
90	R	K	90.08.3	ANTIBIOTICI: Dosaggio immunometrico (ciascuno)	19,00	GR 714/99		
90		K	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	7,00			
90		K	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	6,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	I	K	90.08.6	ANTIBIOTICI: Dosaggio microbiologico (ciascuno)	17,00			
90		K	90.09.1	APTOGLOBINA	7,00			
90		K	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	2,00			
90	R	K	90.09.3	BARBITURICI	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.09.4	BENZODIAZEPINE	9,00	GR 714/99		
90	R	K	90.09.5	BENZOLO	10,00	GR 714/99		
90		K	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	11,00			
90		K	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	1,00			
90		K	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)	1,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90		K	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	2,00			
90		K	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	2,00	GR 788/2016		
90	I	K	90.10.6	BUPRENORFINA	16,00	GR 492/2004		
		K	90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA	2,00	GR 788/2016		
90	R	K	90.11.1	C PEPTIDE	12,00	GR 714/99		
90	R	K	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 )	48,00			
90	R	K	90.11.3	CADMIO	10,00	GR 714/99		
90		K	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	2,00			
90	R	K	90.11.5	CALCITONINA	15,00	GR 714/99		
90		K	90.11.6	CALCIO IONIZZATO	12,00			
90	I	K	90.11.7	CALPROTECTINA	8,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	I	K	90.11.8	CISTATINA C	8,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90		K	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	11,00			
90		K	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	6,00			
90		K	90.12.3	CARBAMAZEPINA	14,00			
90	R	K	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	13,00	GR 714/99		
90		K	90.12.5	CERULOPLASMINA	6,00			
90		K	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]	6,00			
90	R	K	90.13.2	CICLOSPORINA	17,00	GR 714/99		
90		K	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	2,00			
90		K	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	9,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90	R	K	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	10,00	GR 714/99		
90		K	90.14.1	COLESTEROLO HDL	2,00			
90	R	K	90.14.2	COLESTEROLO LDL	1,00	GR 714/99		
90		K	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	2,00			
90		K	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	2,00			
90	R	K	90.14.5	COPROPORFIRINE	7,00	GR 714/99		
90		K	90.15.1	CORPI CHETONICI	1,00			
90	R	K	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	20,00	GR 714/99		
90		K	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	11,00			



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90		K	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	2,00			
90	R	K	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	4,00			
90	I	K	90.15.6	CREATINCHINASI MB: MASSA	6,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	3,00	GR 714/99		
90		K	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	13,00			
90		K	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	2,00			
90		K	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	2,00			
90	R	K	90.16.5	CROMO	10,00	GR 714/99		
90	R	K	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	11,00	GR 714/99		
90	R	K	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	16,00	GR 714/99		
90	R	K	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	13,00	GR 714/99		
90	R	K	90.17.4	DESIPRAMINA	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	23,00	GR 714/99		
90	I	K	90.17.6	DESIALO TRANSFERRINA	25,00	GR 492/2004 GR 1216/2004		
90	I	K	90.17.7	ORMONE ANTI-MULLERIANO	35,00	GR 498/2013		
90	I	K	90.17.8	PAPP-A	15,00	GR 498/2013		
90	R	K	90.18.1	DOPAMINA [S/U]	14,00	GR 714/99		
90	R	K	90.18.2	DOXEPINA	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.18.3	DROGHE D'ABUSO Amfetamina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, Oppiacei, Fenilciclidina per analita	6,00	GR 714/99		
90	R	K	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	19,00	GR 714/99		
90	R	K	90.18.5	ERITROPOIETINA	18,00			
90	R I	K	90.18.6	DROGHE D'ABUSO (Esami rari) Caffeina, LSD, Propossifene, Nicotina per analita	19,00	GR 714/99		
90	R I	K	90.18.7	DROGHE D'ABUSO (Identificazione e conferma in GC-MS) ciascuno	103,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
90	I	K	90.18.8	CROMOGRANINA	25,00	GR 1216/2004		
90	R	K	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	6,00	GR 714/99		
90		K	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	13,00			
90		K	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]	11,00			
90	R	K	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO	10,00	GR 714/99		
90	R	K	90.19.5	ESTRONE (E1)	16,00	GR 714/99		
90		K	90.20.1	ETANOLO	6,00			
90	R	K	90.20.2	ETOSUCCIMIDE	16,00	GR 714/99		
90	R	K	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI ciascuno Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide	10,00	GR 714/99 - GR 1216/2004		
90	R	K	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI ciascuno Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati	8,00	GR 714/99 - GR 1216/2004		
90	R	K	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI ciascuno Ciclofosfamide, Metotressato	10,00	GR 714/99 - GR 1216/2004		
90	I	K	90.20.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE [BNP o NT PRO BNP]	18,00	GR 498/2013		
90		K	90.21.1	FARMACI DIGITALICI ciascuno	12,00	GR 1216/2004		
90	R	K	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	10,00			
90		K	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	5,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90		K	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO (metodo chimico)	5,00			
90	R	K	90.21.5	FENILALANINA	4,00			
90	I	K	90.21.6	FECI SANGUE OCCULTO (metodo immunologico)	7,00			
90	I	K	90.21.7	FENOBARBITALE	10,00			
90		K	90.22.1	FENITOINA	16,00			
90	R	K	90.22.2	FENOLO [U]	4,00	GR 714/99		
90		K	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	8,00			
90		K	90.22.4	FERRO [dU]	6,00			
90		K	90.22.5	FERRO [S]	2,00			
90	R	K	90.23.1	FLUORO	7,00			
90	R	K	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	10,00	GR 714/99		
90		K	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	10,00			
90		K	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	2,00			
90		K	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	2,00			
90	R	K	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	11,00	GR 714/99		
90		K	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	12,00			
90		K	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	2,00			
90	R	K	90.24.4	FOSFOESOSIOSOMERASI (PHI)	2,00			
90		K	90.24.5	FOSFORO	1,00			
90	Rb	K	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	4,00	GR 714/99		
90	R	K	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]	5,00			
90		K	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)	7,00			
90		K	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	3,00			
90		K	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	2,00			
90	R	K	90.26.1	GASTRINA [S]	20,00	GR 714/99		
90	R	K	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.26.3	GLUCAGONE [S]	9,00	GR 714/99		
90	IA	K	90.26.6	GLUCOSIO [CURVA DA CARICO] DIG-120	12,00			La tariffa include il prelievo
90	IA	K	90.26.7	GLUCOSIO [CURVA DA CARICO] DIG-60-120	18,00			La tariffa include il prelievo
90	IA	K	90.26.8	GLUCOSIO [CURVA DA CARICO] DIG-30-60-90-120-150-180	42,00			La tariffa include il prelievo
90		K	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	2,00			
90		K	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	10,00			
90		K	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U]	7,00			
90		K	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	13,00			
90		K	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	15,00			
90		K	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	11,00			
90	R	K	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	18,00	GR 714/99		
90	R	K	90.28.3	IMIPRAMINA	15,00	GR 714/99		
90		K	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	10,00			
90	R	K	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	31,00	GR 714/99 GR 142/2000		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

<b>CODICE CAPITOLO</b>	<b>NOTA</b>	<b>BRANCA</b>	<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>TARIFFA</b>	<b>DELIBERA INTEGRATIVA</b>	<b>PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)</b>	<b>NOTE</b>
90	R	K	90.29.1	INSULINA [S]	10,00	GR 714/99		
90		K	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	2,00			
90		K	90.29.3	LATTE MULIEBRE	4,00			
90		K	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]	3,00			
90		K	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	3,00			
90	I	K	90.29.6	LAMOTRIGINA	21,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.30.1	LEVODOPA	8,00	GR 714/99		
90		K	90.30.2	LIPASI [S]	4,00			
90		K	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	13,00			
90		K	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	4,00			
90	R	K	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	2,00	GR 714/99		
90	R	K	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	12,00	GR 714/99		
90	R	K	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	18,00	GR 714/99		
90	R	K	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	2,00	GR 714/99		
90		K	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	5,00			
90		K	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	8,00			
90		K	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,00			
90		K	90.32.2	LITIO [P]	5,00			
90		K	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	10,00			
90		K	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )	56,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90		K	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	2,00			
90	R	K	90.33.1	MANGANESE [S]	7,00			
90	R	K	90.33.2	MEPROBAMATO	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.33.3	MERCURIO	10,00			
90		K	90.33.4	MICROALBUMINURIA	5,00			
90		K	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	8,00			
90	I	K	90.33.6	OMOCISTEINA (ricerca)	23,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.34.1	NEOPTERINA	11,00	GR 714/99		
90	R	K	90.34.2	NICHEL	11,00			
90	R	K	90.34.3	NORTRIPTILINA	6,00	GR 714/99		
90	R	K	90.34.4	OLIGOELEMENTI : dosaggio plasmatico e urinario (per ciascun oligoelemento)	7,00	GR 1216/2004 GR 498/2013		
90		K	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	11,00			
90	I	K	90.34.6	INSULIN GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3	11,00	GR 498/2013		
90	R	K	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	13,00	GR 714/99		
90	R	K	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo	34,00	GR 714/99 GR 142/2000 GR 1216/2004 GR 498/2013		
90		K	90.35.3	OSSALATI [U]	9,00			
90	R	K	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	26,00	GR 714/99		
90	R	K	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	24,00	GR 714/99		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	R	K	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	7,00	GR 714/99		
90		K	90.36.2	pH EMATICO	8,00			
90	Rb	K	90.36.3	PIOMBO [S/U]	21,00	GR 714/99		
90		K	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	8,00			
90	R	K	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	7,00	GR 714/99		
90	R I	K	90.36.6	PIRIDINOLINE	16,00	GR 714/99		
90	R	K	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	16,00	GR 714/99		
90		K	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]	6,00			
90		K	90.37.3	POST COITAL TEST	3,00			
90		K	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,00			
90	R	K	90.37.5	PRIMIDONE	10,00	GR 714/99		
90		K	90.38.1	PROGESTERONE [S]	13,00			
90		K	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	10,00			
90		K	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )	29,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90		K	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	6,00			
90		K	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	2,00			
90		K	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	10,00			
90	R	K	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	11,00			
90	Rb	K	90.39.4	RAME [S/U]	5,00	GR 714/99		
90	R	K	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	22,00	GR 714/99		
90	I	K	90.39.6	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA	20,00	GR 498/2013		
90	R	K	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE	18,00	GR 714/99		
90	R	K	90.40.2	RENINA [P]	26,00	GR 714/99		
90	R	K	90.40.3	SELENIO	7,00			
90		K	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,00			
90		K	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	5,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90	R I	K	90.40.6	SOMATOMEDINA C	16,00	GR 714/99		
90	I	K	90.40.7	TACROLIMUS (FK560)	21,00	GR 492/2004		
90		K	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)	1,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90		K	90.41.2	TEOFILLINA	11,00			
90		K	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	13,00			
90	R	K	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	16,00	GR 714/99		
90	R	K	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	21,00	GR 714/99		
90	I	K	90.41.6	TIROXINA (T4) NEONATALE /s	5,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.41.7	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX	10,00	GR 498/2013		
90		K	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	8,00			
90		K	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )	24,00			
90		K	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	10,00			
90		K	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	3,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90		K	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	6,00			
90	I	K	90.42.6	TRIPTASI (metodo immunometrico) / s	11,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO (Dosaggi e calcolo) (Per screening S. Down e altre anomalie)	34,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90		K	90.43.2	TRIGLICERIDI	2,00			
90		K	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	10,00			
90		K	90.43.4	TRIPSINA [S/U]	11,00			
90		K	90.43.5	URATO [S/U/dU]	2,00			
90	I	K	90.43.6	TRIPSINOGENO NEONATALE / s	5,00	GR 492/2004		
		K	90.43.7	PLGF PLACENTAL GROWTH FACTOR (Test screening precoce pre-eclampsia)	20,00	GR 788/2016		
90		K	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	2,00			
90		K	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	4,00			
90		K	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,00			
90		K	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	1,00			
90	R	K	90.44.5	VITAMINA D	17,00	GR 714/99		
90	R	K	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	11,00	GR 1216/2004		
90	R	K	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	11,00	GR 1216/2004		
90		K	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)	6,00			
90	R	K	90.45.4	ZINCO [S/U]	7,00	GR 714/99		
90	R	K	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	9,00	GR 714/99		
90	H	K	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	5,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	*	K	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	9,00		Per diagnosi di diatesi emorragiche	
90		K	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	5,00			
90		K	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	5,00			
90	RH	K	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	5,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	R	K	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA) per singolo antigene o test di screening	14,00	GR 714/99 - GR 492/2004 GR 498/2013		
90	R	K	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	12,00			
90	R	K	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM) ciascuno	13,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
90	I	K	90.47.6	ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI	13,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.47.7	ANTICORPI ANTICARBOSILASI AC. GLUTAMMICO	14,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.47.8	ANTICORPI ANTI PEPTIDE CITRULLINATO CICLICO [CCP]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	I	K	90.47.9	ANTICORPI ANTI ANTIGENE SOLUBILE EPATICO [SLA/LP]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	R	K	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	9,00	GR 714/99		
90	R	K	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	12,00	GR 714/99		
90	R	K	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	12,00	GR 714/99		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	RH	K	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	2,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	9,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	19,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	25,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	8,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	R	K	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	12,00	GR 714/99		
90		K	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	12,00			
90	I	K	90.49.6	ANTICORPI ANTIFATTORE REUMATOIDE NON IgM /s	13,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.49.7	ANTICORPI ANTIENDOMISIO	19,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.49.8	ANTICORPI ANTI TIROSINCHINASI [IA2]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	I	K	90.49.9	ANTICORPI ANTI CITOSOL EPATICO TIPO 1 [LC1]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	RH	K	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	36,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)	36,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)	21,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)	19,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	R	K	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	9,00	GR 714/99		
90	R	K	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	13,00	GR 714/99		
90	RH	K	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	42,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	R	K	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	12,00			
90	R	K	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERSSIDASI (AbTPO)	12,00	GR 714/99		
90	R	K	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	9,00	GR 714/99		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	R	K	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	10,00	GR 714/99		
90	R	K	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	8,00	GR 714/99		
90		K	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	10,00			
90	R	K	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO NAS ciascuno	15,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
90	R	K	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	43,00	GR 714/99		
90	R	K	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	88,00	GR 714/99		
90	R	K	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	26,00	GR 714/99		
90	R	K	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	26,00	GR 714/99		
90	I	K	90.53.6	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI TISSUTALE	19,00	GR 492/2004		
90	R	K	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	9,00	GR 714/99		
90	R	K	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	9,00	GR 714/99		
90	R	K	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	8,00	GR 714/99		
90	R	K	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	13,00	GR 714/99		
90	RH	K	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	7,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	19,00			
90		K	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	19,00			
90		K	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	17,00			
90		K	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	16,00			
90		K	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	16,00			
90		K	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	19,00			
90		K	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	13,00			
90		K	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	11,00			
90		K	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	19,00			
90		K	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) (Totale o libero)	11,00			
90	I	K	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) LIBERO	11,00	GR 498/2013		
90	I	K	90.56.7	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] TEST REFLEX	13,00	GR 498/2013		
90		K	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	23,00			
90	RH	K	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59 ciascuno	18,00	GR 714/99 GR 142/2000 GR 1216/2004		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	18,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	42,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	3,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	I	K	90.57.6	ANTITROMBINA III IMMUNOLOGICO	7,00			
90	R	K	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (IPA)	19,00	GR 714/99		
90	RH	K	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	7,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	R*	K	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	10,00	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	
90		K	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]	5,00			
90	RH	K	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI ciascuno	25,00	GR 714/99 GR 142/2000 GR 1216/2004		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	23,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	23,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	20,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	94,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	7,00			
90		K	90.60.2	COMPLEMENTO: C1, C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	7,00	GR 492/2004		
90	RH	K	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	362,00	GR 714/99		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	3,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	33,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	2,00			
90	R	K	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	12,00	GR 714/99		
90		K	90.61.3	CYFRA 21-1	22,00			
90		K	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	9,00			
90		K	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)	8,00			
90		K	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA	1,00			
90		K	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	4,00			
90		K	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	13,00			



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	R	K	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI/LEUCOCITARI ciascuno	16,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
90		K	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	3,00			
90	R	K	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	12,00	GR 714/99		
90	RH	K	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	7,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	21,00			
90		K	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	4,00			
90		K	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	19,00			
90	R	K	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	24,00	GR 714/99		
90		K	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	5,00			
90	R	K	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)	15,00	GR 714/99		
90	RH	K	90.64.4	FENOTIPO Rh	11,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	14,00			
90	I	K	90.64.6	FATTORE VON WILLEBRAND AG	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90		K	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	3,00			
90	R*	K	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTDINA	10,00	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliche	
90	H	K	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	8,00	GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	H	K	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh Il controllo	6,00	GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	R	K	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	108,00			
90		K	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	2,00			
90		K	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	4,00			
90	I	K	90.66.6	EMOGLOBINA ASSETTO (HbF, HbA2, Hb ANOMALE)	30,00	GR 498/2013		
90	R	K	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	14,00			
90	R	K	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	13,00			
90		K	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]	2,00			
90	RH	K	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1 siero/30 soggetti)	87,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	8,00			
90	I	K	90.67.6	IgA SECRETORIE [S]	12,00			
90		K	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (Per pannello, fino a 12 allergeni)	102,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90		K	90.68.2	IgE SPECIFICHE : SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	13,00	GR 492/2004		
90		K	90.68.3	IgE TOTALI	12,00			
90		K	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	16,00			
90		K	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	17,00			
90	I	K	90.68.6	IgE SPECIFICHE per singolo allergene	14,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.68.7	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI (latte, albume,merluzzo, crostacei, grano, arachidi, pomodoro,mela)	88,00	GR 492/2004		In ambito pediatrico invece dei crostacei può essere prevista la soia
90	I	K	90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI ( graminacee, paritaria, olivo, cipresso, alternaria, dermatophagoides pteronissinus, cane, gatto)	88,00	GR 492/2004		
90	I	K	90.68.9	IgE SPECIFICHE per singolo allergene (RAST molecolare per allergeni ricombinanti e/o nativi)	18,00	gr 498/2013		
90	Rb	K	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	8,00	GR 714/99		
90		K	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	30,00			
90	R	K	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	17,00	GR 714/99		
90		K	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	6,00			
90	R*	K	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	10,00	GR 714/99	per diagnosi di trombofilia	
90	I	K	90.69.6	IMMUNOGLOBULINE IGD	12,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	I	K	90.69.7	INTERLEUCHINA 10	20,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	I	K	90.69.8	INTERLEUCHINA 6	20,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
90	R	K	90.70.1	INTERFERONE	23,00			
90	R	K	90.70.2	INTERLEUCHINA 2	20,00			
90		K	90.70.3	PROVE DI SENSIBILITA' RITARDATA (Per test) Includo: Intradermoreazioni con PPD, Candida, Streptochinasi e Mumps	6,00	GR 714/99 GR 142/2000		
90		K	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]	5,00			
90		K	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]	1,00			
90		K	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	3,00			
90	Rb	K	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)	8,00	GR 714/99		
90		K	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	3,00			
90	R	K	90.71.4	PINK TEST	3,00	GR 714/99		
90	Rb	K	90.71.5	PLASMINOGENO	12,00	GR 714/99		
90		K	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	10,00			
90		K	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	10,00			
90		K	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	4,00			
90		K	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	10,00			
90		K	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	10,00			
90	R	K	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	5,00	GR 714/99		
90	RH	K	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	9,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L.107/90
90	RH	K	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	7,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L.107/90

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	RH	K	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)	118,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	51,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90		K	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	5,00			
90		K	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	5,00			
90		K	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)	9,00			
90		K	90.74.5	RETICULOCITI (Conteggio) [(Sg)]	6,00			
90	R	K	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	4,00			
90		K	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	2,00			
90		K	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	2,00			
90		K	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	4,00			
90		K	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	3,00			
90		K	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	3,00			
90	*	K	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA (ciascuno)	7,00	GR 492/2004	Per diagnosi di piastrinopatia	
90		K	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	3,00			
90		K	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	3,00			
90		K	90.76.5	TEST DI HAM	5,00			
90	I	K	90.76.6	TEMPO DI EMORRAGIA - METODO DI DUKE / sg	4,00	GR 492/2004		
90		K	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)	3,00			
90	R*	K	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	10,00	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliche	
90	R	K	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	36,00	GR 714/99		
90	R	K	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	36,00	GR 714/99		
90	R	K	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)	477,00	GR 714/99		
		K	90.77.6	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI COMPRESO DOSAGGIO INTERFERONE GAMMA	80,00	GR 788/2016		
90		K	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)	4,00			
90	RH	K	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	102,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	102,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	RH	K	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RHI	K	90.78.6	MOLECOLE HLA SOLUBILI	102,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	102,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	155,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	189,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	109,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	213,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
90	RH	K	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	312,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90	RH	K	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	149,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L 107/90
90	RH	K	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)	159,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L 107/90
90	RH	K	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	18,00	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L 107/90
		K	90.81.6	CITOMETRIA - ANALISI DI IMMAGINE MULTIPARAMETRICA (CITOMETRIA STATICA)	108,00	GR 788/2016		Marcatura in 6 fluorescenze
90	R	K	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	3,00			
90	R*	K	90.82.2	TROMBOSSANO B2	6,00	GR 714/99	per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	
90		K	90.82.3	TROPONINA I	17,00			
90		K	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	1,00			
90		K	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	2,00			
90	*	K	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	27,00		per diagnosi in sindromi da iperviscosità	
90		K	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	7,00			
90		K	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.)	13,00			
90		K	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE Clostridium difficile o altri batteri anaerobi. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	13,00	GR 788/2016		
90		K	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.)	13,00			
90		K	90.85.4	MICROORGANISMI: ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ciascuno Batteri o altri microrganismi in materiali biologici (Agglutinazione)	6,00	GR 492/2004 GR 1216/2004		
90	R	K	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ciascuno In materiali biologici (Elettrosineresi)	3,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
90	AI	K	90.85.6	BATTERI ISOLATI - ANTIBIOGRAMMA (Kirby Bauer, attività battericida C.M.B., associazioni antibiotiche, sensibilità al siero) Campylobacter o altri batteri isolati (ciascuno)	7,00			
90	I	K	90.85.7	STAFFILOCOCCI: METICILLINORESISTENZA FENOTIPICA	4,00			
90	I R	K	90.85.8	HELICOBACTER PYLORI RICERCA ANTIGENE NELLE FECI	24,00	GR 142/2000		
90	A	K	90.86.2	AGENTI DI INFEZIONE ISOLATI - IDENTIFICAZIONE IMMUNOLOGICA Nas Batteri, miceti, micoplasmi, virus, altri agenti di infezione (ciascuno)	7,00			
90		K	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA - COLTURALE In liquidi biologici diversi o su isolati.	4,00			
90		K	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	3,00			
90	I	K	90.86.8	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA - METODI MECCANIZZATI In liquidi biologici diversi o su isolati.	3,00			
90		K	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI Saggio di inibizione della crescita	5,00			
90		K	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	3,00			
90		K	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	6,00	GR 788/2016		
90	I	K	90.88.6	BATTERI : ANTICORPI ( E.A. o NAS) (Ciascuno)	8,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
90		K	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	4,00			
90	R	K	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME CULTURALE	26,00	GR 714/99		
90		K	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	27,00			
90		K	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECE ESAME CULTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	4,00	GR 788/2016		
90		K	90.92.4	ENTAMOeba HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	16,00			
90		K	90.93.3	ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca microrganismi e lieviti patogeni. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	12,00	GR 788/2016		
90		K	90.93.4	ESAME CULTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Lactobacilli, Miceti lieviformi, Gardnerella. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	9,00	GR 788/2016		
90		K	90.93.5	ESAME CULTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE Ricerca microrganismi e lieviti patogeni comuni. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	8,00	GR 788/2016		
90	I	K	90.93.6	ESAME MICROSCOPICO CAMPIONI PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLA COLTURA (Materiali respiratori)	3,00			
90		K	90.94.1	ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Batteri aerobi e anaerobi, Miceti, (ciascuno). Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	13,00	GR 788/2016		
90		K	90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Batteri aerobi comuni e miceti. Incluso: Conta batterica. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	10,00	GR 788/2016		
90		K	90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECE [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	11,00	GR 788/2016		
90		K	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	5,00			
90	I	K	90.94.6	BATTERI URINARI: IMMUNOGLOBULINE ADESE (test di Thomas)	17,00			
90		K	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	7,00			
90		K	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	19,00			
90		K	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	10,00			
90	*	K	90.97.2	BATTERI O MICETI ANTICORPI (D.I.D.) ciascuno	12,00	GR 1216/2004	per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	
90	*	K	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	11,00		per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	
90		K	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	5,00	GR 788/2016		
90	A	K	90.98.5	MICROORGANISMI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA O OSSERVAZIONE MICROSCOPICA	3,00			
91	R	K	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	57,00	GR 714/99		
91		K	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	11,00			
91	AR	K	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE O IDENTIFICAZIONE (Met. Radiometrico o fluorimetrico)	16,00	GR 714/99 GR 492/2004		
91		K	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	7,00			
91		K	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA ESAME CULTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	5,00	GR 788/2016		
91		K	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME CULTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	5,00	GR 788/2016		
91	A	K	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	4,00			
91	A	K	91.05.2	PARASSITI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentrazione o arricchimento o con colorazioni speciali)	14,00	GR492/2004		
91	I	K	91.05.6	PARASSITI (ciascuno): ANTICORPI (ciascuno) - E.A.	16,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	ARI	K	91.05.7	MICROORGANISMI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE Actinomiceti, micobatteri, leptospire, legionelle, protozoi, micoplasmi (ciascuno)	9,00	GR 714/99		
91	RI	K	91.05.8	MICROORGANISMI ISOLATI: TIPIZZAZIONE FINE	37,00	GR 714/99		
91	AI	K	91.05.9	MICROORGANISMI ISOLATI: IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA O BIOMOLECOLARE Nas Batteri aerobi ed anaerobi, miceti, lieviti, micobatteri, micoplasmi (ciascuno)	11,00			
91	I	K	91.06.1	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI MEDIANTE IBRIDAZIONE MULTIPLEX (compresa estrazione DNA e PCR real time)	80,00	GR 498/2013		
91	I	K	91.06.7	MICROORGANISMI ISOLATI (ciascuno): ENZIMI (Ciascuno)	3,00			
91	AI	K	91.06.8	MICROORGANISMI: ANTICORPI (Metodo immunometrico) Batteri, Miceti, Micobatteri, Micoplasmi, Parassiti, (Ciascuno)	10,00			
		K	91.06.9	MICROORGANISMI ANTICORPI REFLEX TEST (Rosolia, cytomegalovirus, toxoplasma) IGG+IGM compresa eventuale Avidity ed ulteriori approfondimenti	20,00	GR 788/2016		
91		K	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	7,00			
91		K	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	5,00	GR 788/2016		
91		K	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	5,00			
91		K	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	6,00			
91		K	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	7,00	GR 788/2016		
91		K	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	16,00			
91		K	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	9,00			
91	RI	K	91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM: ANTICORPI IMMOBILIZZANTI - Test di Nelson	36,00	GR 714/99		
		K	91.10.7	HAMA - ANTICORPI UMANI ANTI TOPO	50,00	GR 788/2016		
91	A	K	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR][TPHA qualitativa]	4,00			
91		K	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	6,00	GR 788/2016		
91		K	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	3,00	GR 788/2016		
91	AI	K	91.11.6	ACIDI NUCLEICI (batteri e/o virus) IN MATERIALI BIOLOGICI MEDIANTE IBRIDAZIONE (compresa estrazione di DNA o RNA e PCR ed eventuale retrotrascrizione)	80,00	GR 788/2016		Accorpa e sostituisce le prestazioni 90.83.4, 91.11.5, 91.12.1, 91.17.3, 91.17.4, 90.83.5, 91.12.2, 91.19.2, 91.19.3, 91.19.4, 91.22.2, 91.22.3
91	R	K	91.13.2	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - NEUTRALIZZAZIONE O IMMUNOBLOTTING (saggio di conferma) ciascuno	36,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
91	R	K	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva o Nas) Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	8,00	GR 714/99		
91	AI	K	91.13.7	VIRUS (ciascuno): ANTICORPI (ciascuno) (Metodo immunometrico) Citomegalovirus, Epstein Barr, Rosolia, altri virus	9,00			
91	R	K	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	28,00			
91	AI	K	91.14.6	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Titolazione mediante agglutinazione	6,00			
91	RI	K	91.14.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): COSTITUENTI O PRODOTTI - HPLC	29,00	GR 714/99		
91	RI	K	91.14.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): COSTITUENTI O PRODOTTI - Elettroforesi su gel	12,00	GR 714/99		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	A	K	91.14.9	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI (metodo immunometrico) ciascuno Clostridium difficile, chlamydia, altri batteri antigeni cellulari ed extracellulari, cryptosporidium, virus epatite B antigene HBeAg HBsAg o altri virus antigeni (ciascuno)	8,00	GR 1216/2004		
91	RI	K	91.15.6	AGENTI PATOGENI O TOSSINE O TOSSINOGENESI: Prova biologica o di tossicit� (ciascuno)	16,00	GR 714/99		
91	AI	K	91.15.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) Micoti, Batteri, Virus, Parassiti, (ciascuno)	7,00	GR 1216/2004		
91	I	K	91.15.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Nas ciascuno	10,00	GR 1216/2004		
91	I	K	91.15.9	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Immunoellettrosomoforesi ciascuno	12,00	GR 1216/2004		
91	AI	K	91.16.6	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) ciascuno	14,00	GR 1216/2004		
91	AI	K	91.16.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTIGENI (Mediante I.F.) ciascuno	14,00	GR 1216/2004		
91	AI	K	91.16.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Mediante emoagglutinazione passiva o inibizione dell'emoagglutinazione) ciascuno	8,00	GR 1216/2004		
91	I	K	91.16.9	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTIGENI - IEOP	9,00			
91		K	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI ciascuno	10,00	GR 1216/2004		
91		K	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	11,00			
91		K	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	9,00			
91		K	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	10,00			
91		K	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	10,00			
91		K	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	10,00			
91		K	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	9,00			
91	R	K	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	70,00	GR 714/99		
91	R	K	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	77,00			
91		K	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	13,00			
91		K	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	22,00			
91		K	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	18,00			
91		K	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	8,00			
91		K	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	9,00			
91		K	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	8,00			
91		K	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	9,00			
91	R	K	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	70,00	GR 714/99		
91	RI	K	91.22.6	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 IMMUNOCOMPLESSI - IMMUNOMETRICO	22,00	GR 714/99		
91	R	K	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	86,00	GR 714/99		
91	R	K	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	22,00	GR 714/99		
91	R	K	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	26,00	GR 714/99		
91	R	K	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	70,00	GR 714/99		
91	R	K	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	63,00	GR 714/99		
91	I	K	91.23.6	HIV FARMACORESISTENZA POL/PRO (compresa estrazione RNA e PCR)	225,00	GR 788/2016		
91	AR	K	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido o osservazione in microscopia elettronica)	28,00	GR 714/99		



## NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	AR	K	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) Herpes, Herpes/Varicella, Citomegalovirus, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio	50,00	GR 714/99		
91	R	K	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	63,00			
91		K	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE. Compresi eventuali identificazioni ed antibiogrammi	3,00	GR 788/2016		
91	RI	K	91.27.6	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI - IMMUNOISTOCHEMICA ciascuno	52,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
91	RI	K	91.27.7	AGENTI DI INFEZIONE - GENOTIPIZZAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	77,00	GR 714/99		
91	R	K	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA Con agente clastogenico "in vitro"	130,00			
91	R	K	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	124,00			
91	R	K	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	120,00			
91	R	K	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	113,00			
91	R	K	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	124,00			
91	R	K	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	127,00			
91	R	K	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	65,00			
91	R	K	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	57,00			
91	R	K	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	120,00			
91	R	K	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	120,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	R	K	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	159,00			
91	R	K	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str. VNTR) Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	128,00			
91	R	K	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)	156,00			
91	R	K	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	115,00			
91	R	K	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)	93,00			
91	R	K	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	112,00			
91	R	K	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	93,00			
91	R	K	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	111,00			
91	R	K	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	112,00			
91	R	K	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	29,00			
91	R	K	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	29,00			
91	R	K	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	25,00			
91	R	K	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	28,00			
91	R	K	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	29,00			
91	R	K	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	27,00			
91	R	K	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	25,00			
91	R	K	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	26,00			
91	R	K	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	29,00			
91	R	K	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	89,00			
91	R	K	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	88,00			
91	R	K	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	119,00			
91	R	K	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	144,00			
91	R	K	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	123,00			
91	R	K	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	96,00			
91	R	K	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	80,00			
91	R	K	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	119,00			
91	R	K	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	93,00			
91	R	K	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	83,00			
91	R	K	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	120,00			
91	R	K	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	59,00			
91	R	K	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	41,00			
91	R	K	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	33,00			
91	R	K	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	33,00			
91	R	K	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	42,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	R	K	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	45,00	GR 498/2013		La prestazione è singolarmente utilizzata per l'estrazione singola senza ulteriore analisi (es. Estrazione DNA per invio ad altro laboratorio) o per esami di genetica
91	R	K	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	82,00			
91	R	K	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sequenze genomiche in YAC	283,00			
91	R	K	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	186,00			
91	R	K	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	150,00			
91	R	K	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari painting	186,00			
91	R	K	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	121,00			
91	R	K	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	121,00			
91	R	K	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	121,00			
91	R	K	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	47,00			
91	R	K	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE (per campione)	20,00	GR 498/2013		
91	I	K	91.39.A	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE: APPARATO GENITALE sostituisce cod. 91.38.5	15,00			
91	IR	K	91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE APPARATO RESPIRATORIO sostituisce cod. 91.39.2	45,00			
91	IR	K	91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE APPARATO RESPIRATORIO sostituisce cod. 91.39.1	45,00			
91	IR	K	91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE SIEROSE sostituisce cod. 91.39.3	45,00			
91	IR	K	91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE APPARATO DIGERENTE	40,00			
91	IR	K	91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO - CONVENZIONALE: APPARATO DIGERENTE sostituisce la 91.39.1	54,00			
91	IR	K	91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: ORGANI PROFONDI sostituisce cod. 91.39.1	52,00			
91	IR	K	91.39.H	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO - CONVENZIONALE: CUTE	36,00			
91	IR	K	91.39.J	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO - CONVENZIONALE: MAMMELLA	38,00			
91	IR	K	91.39.K	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: MAMMELLA sostituisce cod. 91.39.1	46,00			
91	IR	K	91.39.L	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: TESSUTO EMOPOIETICO sostituisce i codici 90.63.3 e la 91.39.1	55,00			
91	IR	K	91.39.M	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: LIQUOR sostituisce cod. 91.39.1	42,00			
91	IR	K	91.39.N	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: TIROIDE sostituisce cod. 91.39.1	59,00			
91	IR	K	91.39.P	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO/ESFOLIATIVO SU STRATO SOTTILE NAS	25,00			
91	IR	K	91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce i codici: 91.39.5, 91.40.1	38,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	IR	K	91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce il cod. 91.40.2	37,00			
91	IR	K	91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce il cod. 91.40.3	42,00			
91	IR	K	91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	50,00			
91	IR	K	91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	28,00			
91	IR	K	91.40.F	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce i codici: 91.40.4, 91.41.1	48,00			
91	IR	K	91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione) sostituisce il cod. 91.40.5	58,00			
91	IR	K	91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE - ESCISSIONE ALLARGATA PER NEOPLASIA MALIGNA ( per campione)	99,00			
91	IR	K	91.41.A	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) Sostituisce i codici: 91.41.3, 191.41.4, 91.41.5	35,00			
91	IR	K	91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ORGANI PROFONDI - AGOBIOPSIA ORGANI PROFONDI (per campione) sostituisce il cod. 91.41.2	79,00			
91	IR	K	91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE - BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA	69,00			
91	IR	K	91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE - MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD)	178,00			
91	IR	K	91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE - MUCOSECTOMIA APP.DIGERENTE	128,00			
91	IR	K	91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APP. DIGERENTE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione) sostituisce i codici 91.42.1 e 91.42.2	53,00			
91	IR	K	91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce i cod. 91.47.2 e cod. 91.47.3	77,00			
91	IR	K	91.41.H	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO - ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO ( per campione)	157,00			
91	IR	K	91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO - BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.)	155,00			
91	IR	K	91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	44,00			
91	IR	K	91.42.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	53,00			
91	IR	K	91.42.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	112,00			
91	IR	K	91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO -BIOPSIA SEMPLICE OSSEA (per campione)	39,00			
91	IR	K	91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO - BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH (per campione) sostituisce cod. 91.42.3	98,00			
91	IR	K	91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	23,00			
91	IR	K	91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	86,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	IR	K	91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione ) sostituisce i codici: 91.42.5, 91.43.1, 91.43.2, 91.43.3 e 91.43.4	55,00			
91	IR	K	91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. - BIOPSIA DI NERVO PERIFERICO (per campione) sostituisce il cod. 91.48.2	40,00			
91	IR	K	91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce il cod. 91.42.4	47,00			
91	IR	K	91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	59,00			
91	IR	K	91.43.C	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) Sostituisce i codici: 91.43.5, 91.44.4, 91.46.3, 91.44.5, 91.45.5, 91.46.1, 91.46.2, 91.44.1, 91.44.2, 91.45.4, 91.45.2	31,00			
91	IR	K	91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione) sostituisce il cod. 91.46.4	45,00			
91	IR	K	91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche)	229,00			
91	IR	K	91.43.F	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - RESEZIONE ENDOSCOPICA PROSTATICA (TURP)	157,00			
91	IR	K	91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione) sostituisce cod. 91.45.1 e cod. 91.45.2	36,00			
91	IR	K	91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO - BIOPSIA RENALE (per campione)	66,00			
91	IR	K	91.43.J	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO - RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE VESCICALE (TUR)	117,00			
91	IR	K	91.44.A	ES. DI IMMUNOFLOURESCENZA DIRETTA (DIF) SU CUTE (IGG, IGA, IGM, C3)	106,00			
91	IR	K	91.44.B	ES. DI IMMUNOFLOURESCENZA DIRETTA (DIF) SU RENE (IGG, IGA, IGM, C3, C4, C1Q, FIBRINOGENO)	162,00			
91	IR	K	91.44.C	ES. IMMUNOISTOENZIMATICO: COLORAZIONE ROSSO CONGO PER RICERCA AMILOIDE SU GRASSO PERIOMBELICALE (citologico o istologico)	32,00			
91	R	K	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE ( S.E.M., T.E.M.)	168,00			
91		K	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	4,00	GR 926/2006		
91		K	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	6,00	GR 926/2006		
91		K	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	4,00	GR 926/2006		
91		K	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	4,00	GR 926/2006		
91		K	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	4,00	GR 926/2006		
91	RI	K	91.50.1	10-OH-CARBAMAZEPINA	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.2	ALPRAZOLAM	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.3	BROMAZEPAM	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.4	CARBAMAZEPINA E METABOLITA /S	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.5	CLOBAZAM /S	42,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.6	CLOMIPRAMINA /S	24,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.7	CLONAZEPAN /S	10,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.50.8	CLORDIAZEPOSSIDO	24,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	RI	K	91.50.9	CLOZAPINA	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.1	DAUNORUBICINA	17,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.2	DIAZEPAM /S	29,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.3	DOXEPIN	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.4	DOXORUBICINA	17,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.5	EPIRUBICINA	17,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.6	FLUNITRAZEPAM	14,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.7	FLURAZEPAM	14,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.8	IDARUBICINA	26,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.51.9	LAMOTRIGINA	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.1	LEVETIRACETAM	24,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.2	MAPROTILINA	37,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.3	NITRAZEPAM /S	29,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.4	OXAXEPAM	29,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.5	OXCARBAZEPINA /S	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.6	PAROXETINA	12,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.7	SULTIAM	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.8	TRIMIPRAMINA	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.52.9	5-FLUOROURACILE	13,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.1	5-FLUORO-5,6-DIIDROURACILE	12,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.2	ACIDO MICOFENOLICO	12,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.3	SIROLIMUS	20,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.4	TIOPURINA METILTRANSFERASI (ATTIV.)	86,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.5	DIIDROPIRIMIDINA DEIDROGENASI (ATTIV.)	126,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.6	GANCICLOVIR	27,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.7	IRINOTECANO	38,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.8	SN-38	38,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.53.9	TEICOPLANINA	11,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.54.1	VORICONAZOLO	11,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.54.2	BUSULFANO	55,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.54.3	GABAPENTIN	58,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
91	RI	K	91.54.4	SN-38 GLUCORONATO	84,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
91	RI	K	91.54.5	LINEZOLID	31,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
		K	91.55.1	AUTOIMMUNITA' PER SOSPETTA CONNETTIVITE (UCTD, MCTD, SCLERODERMIA, SS) (ANA+ENA+dsDNA) compresi eventuali approfondimenti	50,00	GR 788/2016		
		K	91.55.2	AUTOIMMUNITA' PER SOSPETTO LES (ANA+dsDNA+ENA+ANTIRIBOSOMI+ANTINUCLEOSOMI+ANTIISTONI) compresi eventuali approfondimenti	60,00	GR 788/2016		
		K	91.55.3	AUTOIMMUNITA' PER SOSPETTE EPATOPATIE AUTOIMMUNI (ANA+ENA+dsDNA+ASMA+LKM+AMA) compresi eventuali approfondimenti	60,00	GR 788/2016		
		K	91.55.4	AUTOIMMUNITA' PER SOSPETTE MIOSITI (ANA+ENA+ANTICORPI MIOSITI SPECIFICI) compresi eventuali approfondimenti	80,00	GR 788/2016		
		K	91.55.5	AUTOIMMUNITA' PER SOSPETTA SINDROME ANTIFOSFOLIPIDI (APS) (ANA+CARDIOLIPINA IGG E IGM+BETA2GLICOPROTEINA I IGG E IGM+LAC) compresi eventuali approfondimenti	60,00	GR 788/2016		
		K	91.56.1	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER RICERCA DI BASE, PATOLOGIE AUTOIMMUNI, VIROSI (CD3, CD4,CD8,CD16,CD19,CD45,CD56, HLA-DR COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	140,00	GR 788/2016		
		K	91.56.2	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER PATOLOGIE LINFOPROLIFERATIVE B (CD3, CD4, CD8, CD16, CD56, KAPPA, LAMBDA, CD19, CD20, CD5, CD10, CD23, CD200, CD45, CD38 COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	260,00	GR 788/2016		
		K	91.56.3	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER PATOLOGIE LINFOPROLIFERATIVE T (CD3, CD4, CD8, CD16, CD56, CD2, CD7, CD5, CD10, TCR ALFA/BETA, TCR GAMMA/DELTA COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	190,00	GR 788/2016		
		K	91.56.4	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER STUDIO BASOFILI ATTIVATI (CD123, CD63, HLA-DR COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	51,00	GR 788/2016		
		K	91.56.5	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER EMOGLOBINURIA PAROSSISTICA NOTTURNA (CD 55, CD59, CD66b, CD33, CD14, CD48, CD45 COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	119,00	GR 788/2016		
		K	91.56.6	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER MIELODISPLASIE (CD71, CD34, CD41a, CD66b, CD16, CD13, CD33, CD11b, CD7, CD38, HLA-DR, CD15, CD117, CD19, CD14, CD56, CD45, CD10 COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	310,00	GR 788/2016		
		K	91.56.7	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER MIELOMA MULTIPLO (CD38, CD138, CD19, CD20, CD56, CD45, CD28, CD117, CD71 HLA-DR, INTRACITO CATENE LEGGERE KAPPA, INTRACITO CATENE LEGGERE LAMBDA COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	205,00	GR 788/2016		
		K	91.56.8	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER LEUCEMIE PLASMACELLULARI (CD38, CD138, CD19, CD20, CD56, CD45, INTRACITO CATENE LEGGERE KAPPA, INTRACITO CATENE LEGGERE LAMBDA COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	140,00	GR 788/2016		
		K	91.56.9	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER LEUCEMIA ACUTA B (CD3, CD4, CD8, CD16, CD56, CD45, TgT, CD19, CD20, CD10, HLA-DR, CD79a INTRACITO, INTRACITO IGM, INTRACITO IGG KAPPA, INTRACITO IGG LAMBDA, COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	260,00	GR 788/2016		
		K	91.57.1	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER LEUCEMIA ACUTA T (CD3 INTRACITO, CD7, TgT, CD10, CD2, CD5, CD8, CD1a, CD45 COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	155,00	GR 788/2016		
		K	91.57.2	TIPIZZAZIONE LINFOCITARIA TEST REFLEX PER LEUCEMIA ACUTA MIELOIDE (CD56, CD45, CD34, CD14, CD64, CD15, CD117, HLA-DR, CD19, CD13, CD33, CD2 COMPRESO EVENTUALE APPROFONDIMENTO)	210,00	GR 788/2016		
		K	91.58.1	AGENTI DI INFEZIONE - DNA/RNA SEQUENZIAMENTO PER FARMACORESISTENZA SINGOLA (compresa estrazione DNA/RNA e PCR)	150,00	GR 788/2016		
		K	91.59.1	RICERCA AUTOANTICORPI - PANNELLO MULTIPLO IMMUNOBLOTTING	36,00	GR 788/2016		
		K	91.59.2	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	15,00	GR 788/2016		
		K	91.59.3	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI Immunoblotting	15,00	GR 788/2016		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		K	91.60.1	ANTICORPI ANTI M2-3E (BPO)	15,00	GR 788/2016		
		K	91.60.2	ANTICORPI ANTI Sp100	15,00	GR 788/2016		
		K	91.60.3	ANTICORPI ANTI PML	15,00	GR 788/2016		
		K	91.60.4	ANTICORPI ANTI gp210	15,00	GR 788/2016		
		K	91.61.1	ADAMTS 13 ATTIVITA'	41,00	GR 788/2016		
		K	91.61.2	ADAMTS 13 INIBITORI	41,00	GR 788/2016		
91		F	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	7,00			
91		F	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	6,00			
91		F	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	5,00			
91		F	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI ( (Prick test) (Fino a 7 allergeni)	12,00	DGR 526/2012		
91		F	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 25 allergeni)	33,00	DGR526/2012		
91		F	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (Fino a 7allergeni)	62,00	DGR 526/2012		
91	I	F	91.90.7	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI Per seduta	21,00			
91	I	F	91.90.8	PROVE ALLERGOLOGICHE CUTANEE PER VELENO DI IMENOTTERI Incluso: tutte le prove in vivo per la diagnosi	63,00	DGR 526/2012		
91	I	F	91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO ( OPEN TEST) (per singolo allergene)	12,00	DGR 526/2012		
91	HI	F	91.90.A	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI (per seduta)	61,00	DGR 526/2012		
91	I	F	91.90.B	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	69,00	DGR 526/2012		
92		G	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	45,00			
92		G	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	46,00			
92		G	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	34,00			
92		G	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	180,00			
92		G	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	65,00			E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente
92		G	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	115,00			
92		G	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	104,00			
92		G	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	155,00			
92		G	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	26,00			
92		G	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	57,00			La prestazione si intende bilaterale



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92		G	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	23,00			
92		G	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	112,00			
92		G	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESICICO-URETERALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	74,00			
92		G	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,00			
92		G	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	64,00			
92		G	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	52,00			
92		G	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	93,00			
92		G	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	103,00			
92		G	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	61,00			
92		G	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	187,00			
92		G	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	52,00			
92		G	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	98,00			
92		G	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	129,00			
92		G	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	90,00			
92		G	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	108,00			
92	*	G	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1.072,00		La prestazione è indicata per la diagnosi di cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fini chirurgici del paziente infartuato, successivamente a ecocardiografia con test provocativi e scintigrafia o tomoscintigrafia (SPET) perfusionale miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
92		G	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	135,00			
92		G	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,00			
92		G	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	46,00			
92		G	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	179,00			
92		G	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	144,00			
92		G	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	221,00			
92		G	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	98,00			
92		G	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	126,00			
92		G	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	129,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92		G	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	207,00			
92		G	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	239,00			
92	*	G	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	850,00	GR 1276/2009	La prestazione è indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
92	*	G	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	850,00	GR 1276/2009	La prestazione è indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
92		G	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	191,00			
92		G	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	58,00			
92		G	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	78,00			
92	I	G	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA OSSEA In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco	36,00			
92		G	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	69,00			E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni eseguite per raggiungere il risultato diagnostico
92		G	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	199,00			
92		G	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	23,00	GR 508/97		
92		G	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	169,00			
92		G	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco	35,00			
92		G	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	111,00			
92		G	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	214,00			
92		G	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	113,00			
92		G	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	137,00			
92		G	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	252,00			
92		G	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	413,00			
92	*	G	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	850,00	GR 1276/2009	La prestazione è indicata per: la stadiazione di neoplasia, la diagnosi differenziale tra recidiva tumorale e radionecrosi, la valutazione di malignità della neoplasia e/o della risposta al trattamento chemo/radioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
92		G	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	259,00			
92		G	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	293,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92		G	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	52,00			
92		G	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	86,00			
92		G	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	25,00			
92	I	G	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI	169,00			
92	I	G	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CON INDICATORI POSITIVI In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco	36,00			
92		X	92.21.1	ROENTGENERAPIA Per seduta	8,00			
92		X	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI per seduta o per focolaio trattato	22,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO trattato per seduta o per focolaio	27,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH per seduta o per focolaio trattato	52,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI, CON TECNICHE 2D Per seduta e per focolaio trattato	36,00	DGR 563/2015		Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO, CON TECNICHE 2D Per seduta e per focolaio trattato	52,00	DGR 563/2015		Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	77,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92	*	X	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA in seduta unica ( cranica ed extracranica)	1.400,00	GR 1492/97 GR 492/2004 GR 876/2010 GR 563/2015	<p>La prestazione è indicata nei casi di lesione uguale o inferiore a 3 cm. del maggior asse.</p> <p><b>Lesioni benigne</b>, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. <b>Lesioni maligne intracraniche: Tumori maligni primitivi</b> (Inoperabili-Recidivi). <b>Metastasi</b> (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. <b>Lesioni maligne extracraniche: Tumori polmonari</b>, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. <b>Epatocarcinoma</b>, localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. <b>Metastasi epatiche multiple</b> (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. <b>Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate</b> in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico.</p> <p>Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.</p>	
92	*1	X	92.24.5	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA ( cranica ed extracranica) in seduta unica	1.400,00	GR 492/2004 GR 876/2010 GR 563/2015	<p>La prestazione è indicata nei casi di lesione superiore a 3 cm. e non superiore a 5 cm. del maggior asse, vicinanza a strutture critiche indipendentemente dalle dimensioni. ritrattamento. <b>Lesioni benigne</b>, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. <b>Lesioni maligne intracraniche: Tumori maligni primitivi</b> (Inoperabili-Recidivi). <b>Metastasi</b> (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. <b>Lesioni maligne extracraniche: Tumori polmonari</b>, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. <b>Epatocarcinoma</b>, localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. <b>Metastasi epatiche multiple</b> (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. <b>Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate</b> in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.</p>	

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92	*I	X	92.24.6	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA ( cranica ed extracranica) seduta successiva alla prima (fino ad un massimo di tre sedute)	200,00	GR 492/2004 GR 876/2010 GR 563/2015	La prestazione è indicata nei casi di lesione superiore a 3 cm. e non superiore a 5 cm. del maggior asse, vicinanza a strutture critiche indipendentemente dalle dimensioni, ritrattamento. <b>Lesioni benigne</b> , neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. <b>Lesioni maligne intracraniche: Tumori maligni primitivi</b> (Inoperabili-Recidivi). <b>Metastasi</b> (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. <b>Lesioni maligne extracraniche: Tumori polmonari</b> , non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. <b>Epatocarcinoma</b> , localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. <b>Metastasi epatiche multiple</b> (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.	
92	I	X	92.24.7	Teleterapia con campi multipli o di movimento tecniche 3D	75,00	DGR 563/2015		Pratica standard eseguita per trattamenti di media e alta complessità. Tecniche di radioterapia esterna eseguite con acceleratore lineare con pianificazione TC quando la pianificazione ha tutte le seguenti caratteristiche: Separazione tra le sezioni TC inferiore o uguale a 10 mm calcolo con algoritmo 3D produzione di istogrammi dose volume per il target (PTV) e per gli organi a rischio sagomatura dei fasci con collimatore multiamellare
92	I	X	92.24.8	Teleterapia con acceleratore lineare campi multipli o di movimento tecniche con modulazione di intensità IMRT	150,00	DGR 563/2015		Tecnica con modulazione di fluensa del fascio, che necessita di hardware e di software dedicati, riservata a trattamenti di alta complessità laddove la modulazione d'intensità consente di modellare la distribuzione di dose su bersagli con forme geometriche complesse (IMRT statica e dinamica)
92		X	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI Per seduta e per focolaio trattato	38,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92	*	X	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	1.054,00		La prestazione, intesa come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche, è indicata in caso di: Linfoma cutaneo a cellule T	Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) per seduta e per focolaio trattato	279,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE per seduta e per focolaio trattato	437,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	144,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	369,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO Per seduta e per focolaio trattato	52,00			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi ( ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
92		X	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq	68,00			La prestazione deve intendersi erogabili nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
92		X	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi	15,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
92		X	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	180,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
92		X	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq	527,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92		X	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185 MBq successivi	220,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
92	*	X	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	826,00		La prestazione è indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone né mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo	La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
92		X	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con simulatore radiologico (intero trattamento)	54,00			
92		X	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)	98,00			
92		X	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)	129,00			
92		X	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti	24,00			
92		X	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	90,00			
92		X	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO Controllo fisico della ripetibilità del trattamento Controllo fisico per radioprotezione	12,00			
92		X	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	48,00			
92		X	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (intero trattamento)	101,00			
92		X	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	87,00			
92	I	X	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO e SIMULAZIONE PET TC.	432,00	DGR 563/2015		Con questa prestazione si intende l'impiego della TC PET ai fini del trattamento radiante con paziente nel posizionamento previsto per il trattamento e con l'ausilio di eventuale sistema di contenzione. Può essere effettuata, per motivi radioprotezionistici, in contemporanea (nella stessa seduta) con la prestazione diagnostica purchè siano rispettati i requisiti di posizionamento e si adotti la contenzione ove prevista. Si intende per fase di trattamento radiante nella quale si applica il volume bersaglio individuato con ogni singola PET-TC.
92	I	X	92.29.B	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	306,00	DGR 563/2015		Elaborazione del piano di trattamento ottimizzato sul volume bersaglio e sugli organi a rischio, con produzione della distribuzione di dose e di istogrammi dose volume per il PTV e OAR; calcolo della distribuzione di dose con TPS su scansioni TC, in modalità 3D, per radioterapia conformazionale 3D e brachiterapia. Per ogni fase di trattamento relativa al bersaglio

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92	I	X	92.29.C	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC IN MODALITA' "INVERSE PLANNING" Incluso: controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	575,00	DGR 563/2015		Elaborazione del piano di trattamento ottimizzato sul volume bersaglio e sugli organi a rischio , con produzione della distribuzione di dose e di istogrammi dose volume per il PTV e OAR; calcolo della distribuzione di dose con TPS su scansioni TC, in modalità IMRT. Per ogni fase di trattamento relativa al bersaglio (IMRT statica e dinamica, arcoterapia con modulazione di intensità).
92	I	X	92.29.E	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 2D	50,00	DGR 563/2015		Indicato per calcolo della distribuzione della dose su un piano o su più piani con distanza tra essi superiore a 10 mm o per brachiterapia con calcolo della distribuzione della dose per punti .
92	I	X	92.29.F	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 3D (e IMRT)	204,00	DGR 563/2015		Indicato per radioterapia con valutazioni tridimensionali per RT conformazionale o per brachiterapia (in questo caso si intende pianificazione del trattamento brachiterapico con calcolo della distribuzione della dose su sezioni TC con distanza tra esse non > 10 mm). Indicato per radioterapia con valutazioni tridimensionali per IMRT (IMRT statica e dinamica, arcoterapia con modulazione di intensità).
92	I	X	92.29.G	CONTROLLO DEL SET UP INIZIALE PER 1ª SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET UP DEL PAZIENTE (per ogni singola immagine)	27,00	DGR 563/2015		Verifica del posizionamento del paziente mediante film portali, EPID o sistemi ottici, della correttezza dei dati tecnici; delle immagini in occasione della prima seduta di trattamento e nelle sedute successive.
92	I	X	92.29.H	GATING RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO Per seduta o focolaio trattato	81,00	DGR 563/2015		Tecnica di radioterapia effettuata con controllo e verifica del movimento respiratorio.
92	I	X	92.29.L	VERIFICA IGRT (cone beam TC)	57,00	DGR 563/2015		Controllo e verifica mediante sistema di immagini con correzione on-line di ogni seduta di trattamento, sono escluse le verifiche portali e il sistema EPID utilizzato off-line. Per seduta e focolaio.
92	I	X	92.29.M	Radioterapia stereotassica senza casco con braccio robotico per il riposizionamento ed il controllo online del bersaglio Per trattamento (fino a 5 sedute)	7.000,00	DGR 906/2011		
92	I	X	92.47.8	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICOIDALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) Prima seduta	1.800,00	DGR 563/2015		Prestazione omnicomprensiva di tutte le procedure finalizzate alla produzione del trattamento.  La prestazione e relativa tariffa sono intese per seduta di trattamento independentemente dal numero dei focolai trattati



NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
92	I	X	92.47.9	RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICOIDALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT)  Sedute successive alla prima (fino a concorrenza di 30 sedute)	200,00	DGR 563/2015		Sedute di teleterapia per tecniche di modulazione d'intensità ad archi multipli o di tipo elicoidale successive alla prima comprensive del controllo del posizionamento con MVTC (IGRT) fino a concorrenza di un massimo di 30 sedute.  La prestazione e relativa tariffa sono intese per seduta di trattamento indipendentemente dal numero dei focolai trattati
93	I*	L	93.01.5	VALUTAZIONE DIETETICA Escluso: stesura di programma nutrizionale (93.89.5) Incluso: controllo terapia dietetica	8,00		La prestazione è indicata in caso di : diabete mellito, Fibrosi cistica del pancreas, Epatite cronica attiva, Cirrosi epatica e biliare primitiva, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, Insufficienza renale cronica Fetilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione	La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
93		P	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	8,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
93	I	L	93.07.1	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA Valutazione della composizione corporea con metodo antropometrico e plicometrico	8,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
93		O	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisinnogramma (89.17)	16,00			
93		O	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA Densità delle fibre	16,00			
93		O	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Esame ad ago	16,00			
93		OY	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25)	16,00			
93		LO	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	11,00			
93		O	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon Incluso: EMG	11,00			
93		O	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE Incluso: EMG	11,00			
93		O	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA Incluso: EMG	11,00			
93		LO	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	11,00			
93		LO	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	11,00			
93		L	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) escluso: Prestazione effettuata con drenaggio posturale (93.99)	11,00			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione. La tariffa non si riferisce a prestazione analoga erogata dalle istituzioni operanti ex art.26 L. 833/78, la cui tariffa è oggetto di apposito provvedimento
93		L	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	4,00			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione. La tariffa non si riferisce a prestazione analoga erogata dalle istituzioni operanti ex art.26 L. 833/78, la cui tariffa è oggetto di apposito provvedimento
93		S	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito	8,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
93		B	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	20,00			La tariffa non si riferisce a prestazione analoga erogata dalle istituzioni operanti ex art.26 L. 833/78, la cui tariffa è oggetto di apposito provvedimento
93		L	93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale per seduta collettiva (min. 5 paz.) (ciclo di 18 sedute)	7,00	GR 207/99		
93	*	E	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	10,00		La prestazione è indicata in caso di: Linfedema, Stasi venosa, Elefantiasi, Mastectomia, Ingorgi linfatici, Trattamenti radioterapici	La prestazione è riferita ai seguenti segmenti corporei: colonna cervicale, dorsale, lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro. Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
93		A	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	4,00			La prestazione è riferita ad applicazioni oltre che sui segmenti corporei (colonna cervicale, dorsale, lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro) anche sulle grandi articolazioni (caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla) Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
93		S	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI Trazione: con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	4,00			
93	I	L	93.49.2	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO (Compreso materiale)	13,00			
93		S	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	31,00			
93		S	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO Applicazione di: collare cervicale Minerva gessata supporto sagomato del collo (solo supporti modellati sul paziente)	31,00			
93		S	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO Busto gessato	31,00			
93		S	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE Antibraccio-mano Gamba e piede	8,00			
93		S	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	14,00			
93		S	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	26,00			
93		S	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: Omero-MANO, STIVALE	19,00			
93		S	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	13,00			
93		S	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	23,00			
93		S	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	12,00			
93		S	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE Applicazione di stecca di Zimmer	6,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
93		SZ	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	4,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
93		S	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	26,00			
93		S	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	22,00			
93		S	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	8,00			
93		S	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	14,00			
93		S	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	22,00			
93		S	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO Desault, So-Bar	18,00			
93		D	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute)	10,00	GR 802/99		
93	I	L	93.59.1	COSTRUZIONE SPLINT DINAMICO (Compreso materiale)	21,00			
93		Z	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO per seduta individuale (ciclo di dieci sedute)	9,00			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
93		Z	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO per seduta collettiva (ciclo di dieci sedute)	3,00			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
93	I *	L	93.89.5	TERAPIA DIETETICA *Per seduta individuale di 50 min. Stesura del programma nutrizionale Incluso: valutazione dietetica se contestuale alla stesura del programma nutrizionale	11,00		La prestazione è indicata in caso di : diabete mellito, Fibrosi cistica del pancreas, Epatiche cronica attiva, Cirrosi epatica e biliare primitiva, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, Insufficienza renale cronica Feticlchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione	
93	I	L	93.89.6	TERAPIA EDUCAZIONALE STOMIZZATI incluso: addestramento all'uso di protesi, controllo di stomia e irrigazione colostomia	10,00	GR 153/98		
93		V	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE Per seduta	6,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
93		U	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Aerosolterapia per seduta (ciclo di dieci sedute)	3,00			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
93	*	A	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA Per seduta, comprensiva delle visite specialistiche connesse all'effettuazione dell'intero ciclo di prestazioni ( fino ad un max di dodici sedute)  Escluso: Ossigenazione locale di ferita	67,00	GR 1492/97 GR 153/98 GR 432/98 GR 1500/99 GR 268/2002 GR 926/2006	La prestazione è indicata in presenza di seguenti patologie: Embolia gassosa arteriosa (iatrogena o barotraumatica), Malattia da decompressione, Intossicazione da monossido di carbonio e, nell'ambito degli appositi protocolli ( DGR 926/2006), per: Gangrena gassosa da clostridi ed infezioni necrotizzanti dei tessuti molli da flora batterica mista (tessuto sottocutaneo, fascia, muscoli), Gangrena umida delle estremità in diabetici e piaghe torbide in corso di diabete, Lesioni da schiacciamento e Fratture a rischio di non consolidamento e/o infezione, Osteomielite refrattaria cronica, Trapianti cutanei e lembi trapiantati a rischio, Infezioni dei tessuti molli in pazienti a rischio, Piaghe torbide da insufficienza venosa ed arteriosa, Ipoacusia improvvisa, Sindrome di Meniere, Osteonecrosi asettica, Radionecrosi dei tessuti molli ed osteoradionecrosi	La tariffa remunera la prestazione indipendentemente dalla sua durata da intendersi comunque non inferiore a 60 minuti
93		V	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale (compreso rieducazione respiratoria) Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11,00			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
93		V	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI Per seduta	8,00			
94		W	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	10,00			
94		OW	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET Incluso: Test intellettivi per l'età evolutiva	16,00			
94		OW	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	6,00			
94		OW	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	6,00			
94		OW	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	6,00			
94		OW	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	6,00			
94		W	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	8,00			
94		O	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	28,00			
94		W	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	6,00			
94		W	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	6,00			
94		W	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO per seduta (ciclo massimo di otto)	19,00	GR 1216/2004		
94		W	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Visita psichiatrica o neuropsichiatrica infantile di controllo	15,00			
94		W	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO Colloquio psichiatrico o di neuropsichiatria infantile per seduta (ciclo massimo di otto)	19,00	GR 1216/2004		
94		W	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE per seduta (ciclo massimo di otto)	20,00	GR 1216/2004		
94		A	94.32	IPNOTERAPIA per seduta (ciclo massimo di otto) Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	16,00	GR 1216/2004		
94		W	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Psicoterapia familiare o di coppia Per seduta (ciclo massimo di otto)	24,00	GR 1216/2004		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
94		W	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante (ciclo massimo di otto)	10,00	GR 1216/2004		
95		P	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO Esame dell'occhio con prescrizione di lenti	22,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
95		P	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	22,00			La prestazione include l'eventuale prescrizione di lenti
95		P	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	58,00			
95		P	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica	17,00			
95		P	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	8,00			
95		P	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	8,00			
95		P	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	8,00			
95		P	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	8,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
95		P	95.09.2	ESOF TALMOMETRIA	8,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
95		P	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	8,00			
95		P	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio	4,00			
95		P	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	4,00			
95		P	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE ANGIOGRAFIA IRIDEA	47,00	GR 268/2002		
95	I	P	95.12.1	ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA	220,00	GR 268/2002		
95		P	95.13	ECOGRAFIA OCULARE Ecografia Ecobiometria	20,00			
95		P	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	39,00			
95		P	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE Con conta cellule endoteliali	31,00			
95		H	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	16,00			
95		P	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	16,00			
95	I	P	95.17	TOMOGRFIA A COERENZA OTTICA, ANALIZZATORE RETINICO	90,00	GR 268/2002		
95		P	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO Test di Hess - Lancaster Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)	8,00			
95		P	95.21	ELETTRORETINOGRFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	34,00			
95		P	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	34,00			
95		P	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	24,00			
95		P	95.23.1	INTERFEROMETRIA	8,00			
95		U	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	19,00			
95		U	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	26,00			
95		P	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	31,00			
95		P	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	8,00			
95		P	95.35	TRAINING ORTOTTICO Per seduta	6,00			
95		U	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	10,00			
95		U	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	10,00			
95		U	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	21,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
95		U	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	12,00			
95		U	95.42	IMPEDENZOMETRIA	9,00			
95		U	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber	26,00			
95		U	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche	17,00			
95		U	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni spontanei	17,00			
95		U	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	33,00			
95		U	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Prove audiometriche sopraliminari	17,00			
95		U	95.47	ESAME DELL' UDDITO NAS	13,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
95		U	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	12,00			
95		U	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	10,00			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessità emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attività ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non è registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attività, della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza



**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
95		U	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	13,00			
95		U	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	24,00			
95		U	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	20,00			
96		T	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	10,00			
96		T	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	10,00			
96	A	CJ	96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	10,00	GR 268/2002		la prestazione accorpa anche la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 96.23
96		C	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	12,00			
96		C	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	12,00			
96		RY	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA Instillazione di supposta prostaglandinica Instillazione di chemioterapici intravesicali	10,00	GR 802/99		
96		P	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO Irrigazione corneale Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)	4,00			
96		U	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	8,00			
96		Q	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	30,00	CR163/2003 GR 234/2007	prestazione erogata quando richiesta insieme ad altre prestazioni finalizzate alla realizzazione del piano di cura in corso	CRITERI DI ACCESSO: condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
96		Q	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	22,00	CR163/2003	erogate a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche	CRITERI DI ACCESSO: condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
96		Q	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE Per seduta	15,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
96		M	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	16,00			
96		UZ	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA Pulizia di ferita NAS per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute) Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)	4,00	GR 802/99		

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
96	I *	Z	96.61	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA Per giornata di terapia	31,00		La prestazione è indicata per pazienti non in grado di assumere l'apporto minimo nutrizionale nei casi di: Sindrome da intestino corto temporaneo o permanente, Malattie infiammatorie dell'apparato digerente acute o croniche, Fistole digestive, Malassorbimento, Neoplasie dell'apparato digerente, Anomalie intestinali congenite, Altre forme morbose con grave compromissione metabolica o nutrizionale	La prestazione è comprensiva di tutti i materiali e prodotti utilizzati nella terapia
97		S	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati	10,00			
97		M	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	16,00			
97		Q	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE Rimozione di corona isolata, Rimozione di elemento protesico	17,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
97		T	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	10,00			
97		M	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	10,00			
97		S	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE Rimozione di supporto, gesso, stecca	10,00			
98		Q	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA senza incisione	29,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
98	A	J	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	62,00	GR 268/2002		la prestazione accorpa anche la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 98.02
98		J	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	30,00			
98		U	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE	9,00			
98		U	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE	9,00			
98		U	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE	16,00			
98		U	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE Incluso: Laringoscopia	16,00			
98		V	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE	19,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
98		T	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE Incluso: Isteroscopia Escluso: Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	24,00			
98		T	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE	11,00			
98		C	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	11,00			
98		Y	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE Incluso: Uretroscopia	36,00			
98		C	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	8,00			
98		P	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	8,00			
98		C	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione	8,00			
98		T	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE	8,00			
98		Y	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	8,00			
98		C	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE	8,00			
98		C	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	8,00			
98		C	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	8,00			
98		C	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	8,00			
98		C	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE	8,00			
98	I	JY	98.5	LITROTRIPSIA EXTRACORPOREA	150,00	GR 492/2004		
99		K	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99	H	K	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	26,00			
99		Z	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA per somministrazione	18,00	GR 1492/97 GR 526/2012		La prestazione si riferisce alla singola somministrazione di mantenimento, ripetuta nel tempo, delle immunoterapie specifiche. La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99	HI	Z	99.12.1	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI, ALIMENTI, VELENO DI IMENOTTERI ED AEROALLERGENI Tariffa per seduta( ciclo fino ad un massimo di 6 sedute)	112,00	GR 526/2012		Comprende le varie somministrazioni a dosi crescenti che si effettuano nelle procedure di desensibilizzazione per farmaci e alimenti o nelle fasi di induzione nelle immunoterapie specifiche. La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		Z	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		Z	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
99	I *	Z	99.15.1	NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE per giornata di terapia	93,00		La prestazione è indicata per pazienti non in grado di assumere l'apporto minimo nutrizionale nei casi di: Sindrome da intestino corto temporaneo o permanente, Malattie infiammatorie dell'apparato digerente acute o croniche, Fistole digestive, Malassorbimento, Neoplasie dell'apparato digerente, Anomalie intestinali congenite, Altre forme morbose con grave compromissione metabolica o nutrizionale per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto)	La prestazione è comprensiva di tutti i materiali e prodotti utilizzati nella terapia
99		R	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	10,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		R	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99	I	Z	99.24.2	INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE FARMACEUTICHE NAS	4,00	GR.207/99		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		R	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	400,00	GR 1394/2003		La tariffa è comprensiva del costo del farmaco
99		N	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	11,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		BE	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	11,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		Y	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	7,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		Y	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	7,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		Y	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	8,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		S	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	8,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99	*	A	99.29.7	MESOTERAPIA	7,00		La prestazione è indicata per patologie osteoarticolari	La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		Y	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	8,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99		O	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	10,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
99	H	K	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	439,00			
99	H	K	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	403,00			
99	H	K	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	373,00			
99	H	K	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE per seduta (ciclo di sei sedute)	44,00			
99	H	K	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00			
99	R H I *	K	99.79.1	LDL AFERESI SELETTIVA	1.500,00	GR 1492/97 GR 193/2007	La prestazione è indicata nei casi gravi di ipercolesterolemia familiare omozigote od eterozigote e altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e plurifarmacologica	
99	H I	K	99.79.2	AFERESI DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	413,00			

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

CODICE CAPITOLO	NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
99		F	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Fototerapia (UVA, UVB) Per seduta (ciclo di sei sedute)	2,00	GR 207/99		La prestazione è riferita ad applicazioni oltre che sui segmenti corporei (colonna cervicale, dorsale, lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro) anche sulle grandi articolazioni (caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla)
99	I	F	99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA Puva terapia Per seduta (ciclo di sei sedute)	8,00	GR 207/99		
99		X	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	66,00			
99	H	K	99.88	FOTOFERESI TERAPEUTICA Fotochemioterapia extracorporea, fotoferesi extracorporea Escluso: Altra fototerapia, terapia a luce ultravioletta (99.82)	665,00	GR 207/99 GR 926/06		
99		A 1	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA incluso: elettroagopuntura, per seduta, (ciclo: fino ad un max di 4 prestazioni)	10,00	GR 652/11		esclusivamente per anestesia in ambito chirurgico
99		Y	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	6,00			
99		Y	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	6,00			
99		Q	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	64,00	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO: condizioni di tipo sociale legate a basso reddito ( nucleo familiare inferiore a 11.362.05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
99		Q	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE ribassamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturate, ricementazione di corona o ponte Ribassamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturate, ricementazione di corona o ponte	22,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.  La prestazione è erogata ai cittadini residenti. Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
C	I	1	C.01.1	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: agopuntura	24,00	GR 652/11		
C	I	1	C.01.2	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: fitoterapia	24,00	GR 652/11		
C	I	1	C.01.3	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: omeopatia	24,00	GR 652/11		
C	I	1	C.01.4	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: medicina manuale	24,00	GR 652/11		
C	I	1	C.02	Manipolazioni di medicina manuale: uno o più distretti Tariffa per singola seduta ( ciclo fino ad un massimo di 4 sedute)	36,00	GR 652/11		Tariffa per singolo trattamento. Non tariffabile quando eseguita contestualmente alla prestazione C.01.4
C	I	1	C.03	AGOPUNTURA ASSOCIATA AD ALTRE TECNICHE quali: moxibustione, fior di prugna, elettrostimolazione, auricoloterapia, craniopuntura, coppettazione Tariffa per singola seduta (ciclo fino ad un massimo di 4 sedute)	24,00	GR 652/11		Tariffa per singolo trattamento.
C	I	1	C.04	Agopuntura, auricoloterapia, craniopuntura, fior di prugna, coppettazione, moxibustione Tariffa per singola seduta (ciclo fino ad un massimo di 4 sedute )	18,00	GR 652/11		Tariffa per singolo trattamento. Codificare solo se eseguite singolarmente. Non tariffabile in aggiunta alla prestazione cod. C.03
C	I	1	C.05	Tuina pediatrico Tariffa per singola seduta (ciclo fino ad un massimo di 4 sedute)	24,00	GR 652/11		Tariffa per singolo trattamento
C	I	1	C.06	Disassuefazione dal fumo	200,00	GR 652/11		Tariffa per 4 sedute

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

<b>CODICE CAPITOLO</b>	<b>NOTA</b>	<b>BRANCA</b>	<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>TARIFFA</b>	<b>DELIBERA INTEGRATIVA</b>	<b>PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)</b>	<b>NOTE</b>
		B	P008	Consulenza cardiologica	65,00	GR 788/2016		La consulenza cardiologica comprende: - Visita cardiologica (prima visita, codice 89.7); - ELETTROCARDIOGRAMMA (codice 89.52); - ECOGRAFIA CARDIACA, Ecocardiografia (codice 88.72.1)
		V	P068	Consulenza pneumologica	50,00	GR 788/2016		La consulenza pneumologica comprende: - Visita pneumologica (prima visita, codice 89.7); - SPIROMETRIA GLOBALE (codice 89.37.2)
T	I	2	T.01	Valutazione iniziale	26,00	GR 655/2005		
T	I	2	T.02	Programma individuale	100,00	GR 655/2005		
T	I	2	T.03	Programma di gruppo	35,00	GR 655/2005		