

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI							
PARTE PRIMA							
NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			<b>1. INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO (03 - 05)</b>				
		<b>03</b>	<b>INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE E SULLE STRUTTURE DEL CANALE VERTEBRALE</b>				
H	R	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE	52,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Iniezione endorachide di antiblastici				
H	AN	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA	103,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Iniezione peridurale				
			Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento				
H	N	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE	103,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi				
			Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma,				
			Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)				
		<b>04</b>	<b>INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI</b>				
	S	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	51,00			
			Curettagge, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione)				
			Asportazione di neuroma periferico				
			Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)				
	N	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	51,00			
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.
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.
H	A	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	52,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami				
			Escluso: le anestesie per intervento				
H	A	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	16,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Blocco degli intercostali				
			Escluso: le anestesie per intervento				
		<b>05</b>	<b>INTERVENTI SUI NERVI O SUI GANGLI SIMPATICI</b>				
			Escluso: Denervezione uterina paracervicale				
H	AN	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	77,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore				
			Blocco del Ganglio celiaco				
			Blocco del Ganglio stellato				
			Blocco del simpatico lombare				
H	AN	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	129,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			<b>2. INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO (06)</b>				
		<b>06</b>	<b>INTERVENTI SULLA TIROIDE E SULLE PARATIROIDI</b>				
	CH	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	61,00			
			Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea				
			Alcolizzazione noduli tiroidei				
	CI	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	43,00			
			Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide				
	CHI	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	61,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide				
H	C	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI incluso eventuale guida ecografica;	67,00	GR 207/99		
			<b>3. INTERVENTI SULL'OCCHIO (08-16)</b>				
		<b>08</b>	<b>INTERVENTI SULLA PALPEBRA</b>				
			Mediante laser CO2				
			Incluso: Interventi sul sopracciglio				
	P	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE	14,00			
			Incluso: Incisione di ascesso palpebrale				
	P	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	14,00			
	P	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA	14,00			
			Riapertura anchiloblefaron				
	P	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	14,00			
	P	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	28,00			
	P	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	28,00			
			Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma				
	P	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	28,00			
			Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale				
			Xantelasma				
	P	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	45,00			
			Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore				
			Resezione a cuneo della palpebra				
	P	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	35,00			
			Intervento per blefarocalasi				
	P	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	41,00			
	P	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	41,00			
	P	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	68,00			
H	P	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA	155,00			
			Riparazione di ectropion con innesto o lembo				
	P	08.52	BLEFARORRAFIA	41,00			
			Cantorrafia, Tarsorrafia				
H	P	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	310,00			
			Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)				
	P	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	35,00			
	P	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	35,00			
	P	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	35,00			
	P	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE.	68,00			
			A TUTTO SPESSORE				
	P	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	23,00			
	P	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	23,00			
	P	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	14,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		<b>09</b>	<b>INTERVENTI SULL' APPARATO LACRIMALE</b>				
	P	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	35,00			
			Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)				
	P	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	57,00			
	P	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	41,00			
	P	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	41,00	GR 207/99		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			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				
	P	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	57,00			
			Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)				
	P	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	14,00			
	P	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	16,00			
			Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)				
	P	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE	57,00			
			Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)				
	P	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	35,00			
	P	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	35,00			
	P	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	35,00			
	P	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI	35,00			
			Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS				
H	P	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI	258,00			
			Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)				
	P	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	57,00			
H	P	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	207,00			
		<b>10</b>	<b>INTERVENTI SULLA CONGIUNTIVA</b>				
	P	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	16,00			
	P	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA	28,00			
			Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea				
			Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)				
	P	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA	28,00			
			Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)				
	P	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA	28,00			
			Rimozione di follicoli di tracoma				
	P	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	91,00			
	P	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	45,00			
	P	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		<b>11</b>	<b>INTERVENTI SULLA CORNEA</b>				
	P	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	57,00			
	P	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	91,00			
	P	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	57,00			
	P	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	23,00			
	P	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	29,00			
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)
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
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
	P	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	289,00			
	P	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	35,00			
	P	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO	16,00			
*	P	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE	413,00	GR 561/99 GR 603/2009	la prestazione è indicata nei casi:	alla prestazione si accede previa dichiarazione da parte del

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Con laser a eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard			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 lenti a contatto corneale;	paziente di consenso informato
			(o di superficie)			certificata l'intolleranza all'uso di lenti a contatto corneale;	
			comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento			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 lenti a contatto corneale	
	P	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI	413,00	GR 561/99		
			Con laser a eccimeri (PTK)				
			comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento				
I *	P	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE	516,00	GR 561/99 GR 603/2009	La prestazione è indicata nei casi di:	alla prestazione si accede previa dichiarazione da parte del
			Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare			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 lenti a contatto corneale;	paziente di consenso informato
			comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento			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 lenti a contatto corneale	

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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 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.	
		<b>12</b>	<b>INTERVENTI SULL' IRIDE, SUL CORPO CILIARE, SULLA SCLERA E SULLA CAMERA ANTERIORE</b>				
	P	12.14	IRIDECTOMIA	91,00			
			Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser)				
			Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)				
	P	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	114,00			
	P	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE	91,00			
			Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:				
			cauterizzazione				
			crioterapia				
			fotocoagulazione				
			laser				
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
HI	P	12.59	ARGONLASER - TRABECULOPLASTICA	57,00	GR 207/99		
		<b>12.6</b>	<b>FISTOLIZZAZIONE SCLERALE</b>				
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.
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.
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.
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.
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
		<b>12.8</b>	<b>INTERVENTI SULLA SCLERA</b>				
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.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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.
		<b>12.9</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULL'IRIDE, SUL CORPO CILIARE E SULLA CAMERA ANTERIORE</b>				
	P	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	28,00			
			Paracentesi della camera anteriore				
		<b>13</b>	<b>INTERVENTI SUL CRISTALLINO</b>				
RI	P	13.1	INTERVENTO DI CATARATTA senza impianto di lenti intraoculari	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]
	P	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	80,00			
			Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)				
		<b>13.7</b>	<b>INSERZIONE DI PROTESI ENDOCULARE</b>				
RI*	P	13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE SAI	1.250,00	GR 268/2002	la prestazione viene eseguita esclusivamente in occhi fuchici 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.
RI	P	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA con impianto di lenti intraoculari 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
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.
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.
		<b>14</b>	<b>INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE, SUL CORPO VITREO E SULLA CAMERA POSTERIORE</b>				
		<b>14.2</b>	<b>TRATTAMENTO DI LESIONE RETINICA E COROIDEALE incluso trattamento di corioretinopatia o lesione isolata corioretinica</b>				
	P	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	57,00			
I	P	14.24.1	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA comprensiva dell'intero trattamento con minimo di tre sedute	225,00	GR 268/2002		
I	P	14.24.2	TERAPIA LASER E TTT DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	110,00	GR 268/2002		
I	P	14.24.3	TERAPIA LASER E TTT DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	110,00	GR 268/2002		
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
		<b>14.3</b>	<b>RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA incluso riparazione di difetto retinico</b>				
	P	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	57,00			
	P	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	57,00			
	P	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)	57,00			
	P	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	57,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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
	P	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	28,00			
RI	P	14.79.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	105,00	GR 1264/2009		
		15	<b>INTERVENTI SUI MUSCOLI EXTRAOCULARI</b>				
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
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
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
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.
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.
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.
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.
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.
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	<b>INTERVENTI SULL' ORBITA E SUL GLOBO OCULARE</b>				
	P	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	45,00			
H	P	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	36,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
			Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, iniezione ottociliare				
			<b>4. INTERVENTI SULL'ORECCHIO (18-20)</b>				
		18	<b>INTERVENTI SULL'ORECCHIO ESTERNO</b>				
			Incluso: Interventi su canale uditivo esterno, cute e cartilagine del padiglione auricolare del meato				
	U	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE	12,00			
			Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)				
	U	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	13,00			
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 patologie	
I	D	18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	230,00	GR 268/2002		
	U	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	15,00			
			Cauterizzazione, coagulazione, criochirurgia, curettage, elettrocoagulazione, enucleazione				
			Asportazione di:				
			residuo (appendice) preauricolare, polipi, cisti				
			Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52)				
		20	<b>ALTRI INTERVENTI SULL'ORECCHIO MEDIO E SULL'ORECCHIO INTERNO</b>				
	U	20.0	MIRINGOTOMIA	20,00			
	U	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54,00			
	U	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	22,00			
	U	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE	10,00			
			SOAE, TEOAE, DPOAE				
	U	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	13,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Polterizzazione				
			<b>5. INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)</b>				
		<b>21</b>	<b>INTERVENTI SUL NASO</b>				
			Incluso: Interventi su osso o cute del naso				
	U	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	13,00			
H	U	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	24,00			
	U	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO)	17,00			
			(Cura completa)				
	U	21.22	BIOPSIA DEL NASO	22,00			
	U	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	22,00			
	U	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO	22,00			
			Incluso: Contenzione e sua rimozione				
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	
	U	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO	22,00			
			Sinechia nasale				
		<b>22</b>	<b>INTERVENTI SUI SENI NASALI</b>				
	U	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO	22,00			
			Drenaggio mascellare per via diameatica				
	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.
		<b>23</b>	<b>ESTRAZIONE E RICOSTRUZIONE DI DENTI</b>				
	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.
	Q	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	43,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Estrazione di altro dente NAS				
			Incluso: odontotomia revisione della cavità e sutura				
	Q	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	43,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Incluso: odontotomia revisione della cavità e sutura				
	Q	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICE	64,00	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			dente incluso o semincluso, lembo mucoperiosteo				
			incluso:revisione della cavità e sutura				
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.
	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 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
	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 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
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

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	Q	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	200,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			Ricostruzione di dente fratturato				
	Q	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA	150,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	150,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa compresa applicazione di eventuale provvisorio				
	Q	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	150,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana compresa applicazione di eventuale provvisorio				
	Q	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	200,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			con perno moncone in lega aurea compresa applicazione di eventuale provvisorio				
	Q	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	200,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			con perno moncone in lega aurea compresa applicazione di eventuale provvisorio				
	Q	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	200,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana e/o elemento di sovrastruttura per corona				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			su impianti endoossei (per pilastro)				
	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.
	Q	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	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.
			Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale				
			o scheletrata in resina [per arcata]				
			Incluso: Eventuali attacchi di precisione				
	Q	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	17,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Rimovibile				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			(Per elemento)				
	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
	Q	23.5	IMPIANTO DI DENTE	128,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi, compresa stabilizzazione				
	Q	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA	75,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
			Impianto dentale endoosseo				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	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
	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

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	Q	23.73	APIPECTOMIA 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	ALTRI INTERVENTI SU DENTI, GENGIVE E ALVEOLI				
	Q	24.00.1	GENGIVECTOMIA (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato	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.
	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.
	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.
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.
	Q	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]	100,00	GR 508/97		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			Lebmo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee,		CR163/2003		
			applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante)				
	Q	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Asportazione di epulidi				
			Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)				
	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.
	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.
	Q	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Asportazione di lesione odontogena				
*	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 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. La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
*	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.
*	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.
I	Q	24.70.4	RIABILITAZIONE GNATOLOGICHE E POSTURALI per anno ( la tariffa non è comprensiva dei dispositivi medico individual	500,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
*	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.
		<b>25</b>	<b>INTERVENTI SULLA LINGUA</b>				
	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.
	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.
	Q	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	57,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
		<b>26</b>	<b>INTERVENTI SULLE GHIANDOLE E SUI DOTTI SALIVARI</b>				
	Q	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI	57,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Asportazione di calcoli del dotto salivare				
	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.
	Q	26.91	SPECCILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	22,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
		<b>27</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULLA BOCCA E SULLA FACCIA</b>				
			Incluso: Interventi su labbra, palato, tessuti molli di faccia e bocca eccetto lingua e gengiva Escluso: Interventi su gengiva (24.0-24.7), lingua (25.01-25.92)				
	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.
	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.
	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.
	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.
	Q	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA Asportazione neoformazioni del cavo orale	43,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	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.
	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.
	U	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	10,00			
	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.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
		<b>28</b>	<b>INTERVENTI SULLE TONSILLE E SULLE ADENOIDI</b>				
	U	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	20,00	GR 508/97		
		<b>29</b>	<b>INTERVENTI SULLA FARINGE</b>				
	U	29.12	BIOPSIA FARINGEA	20,00			
			<b>6. INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO (31-34)</b>				
		<b>31</b>	<b>INTERVENTI SULLA LARINGE E SULLA TRACHEA</b>				
	U	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	28,00			
			Laringoscopia a fibre ottiche				
	U	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	7,00			
			Incluso: Anestesia				
	U	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	21,00			
	U	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE	25,00			
			In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche				
			Incluso: Anestesia				
	U	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	13,00			
	U	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO	23,00			
		<b>33</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SUL POLMONE E SUI BRONCHI</b>				
H	V	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	83,00			
			Tracheobroncoscopia esplorativa				
			Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)				
H	V	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	129,00			
			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				
		<b>34</b>	<b>INTERVENTI SULLA PARETE TORACICA, SULLA PLEURA, SUL MEDIASTINO E SUL DIAFRAMMA</b>				
H	C	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA GUIDATA CON IMMAGINI	129,00	GR 207/99		
			Biopsia con ago sottile				
H	C	34.91	TORACENTESI	93,00			
H	CH	34.91.1	TORACENTESI	165,00			
			TC-guidata				
H	R	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA	62,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
			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				
			<b>7. INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE (38-39)</b>				
		<b>38</b>	<b>INCISIONE, ASPORTAZIONE ED OCCLUSIONE DI VASI</b>				
	BE	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	59,00			
			Capillaroscopia				
			Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)				
	BE	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	59,00			
			Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)				
H	E	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE	209,00			
			Stripping delle collaterali				
I	E	38.89	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO	360,00	GR 268/2002		
I H	Z	38.93	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	258,00			
I	Z	38.94	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE	258,00	GR 207/99		
H	M	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE	258,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Singolo o doppio				
H	ER	38.98	PUNTURA DI ARTERIA	31,00			
			Iniezione endoarteriosa				La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
			Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)				
	H	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	26,00			
	H	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	41,00			
		<b>39</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SUI VASI</b>				
			Escluso: Interventi sui vasi coronarici				
HI	M	39.27.1	Confezionamento di fistola prossimale arterovenosa per dialisi renale	331,00	GR 84/2011		
HI	M	39.40	Confezionamento di fistola periferica arterovenosa per dialisi renale	331,00	GR 84/2011		
HI	M	39.43	Chiusura di fistola periferica arterovenosa per dialisi renale	219,00	GR 84/2011		
	BE	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA (ECOGUIDATA) DI SOSTANZE SCLEROSANTI	9,00	GR 268/2002		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
			Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)				
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;
	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;
	M	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	125,00	GR 1216/2004		
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;
H	M	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	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;
			Biofiltrazione senza acetato				
			Biofiltrazione				
			Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata				
	M	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	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;
			Biofiltrazione senza acetato				
			Biofiltrazione				
			Emodiafiltrazione con membrane a permeabilità elevata				
H	M	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	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;
			Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili				
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;
H	M	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE	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;
			Tecnica mista				
	M	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	18,00			
			<b>8. INTERVENTI SUL SISTEMA EMATICO E LINFATICO (40-41)</b>				
		<b>40</b>	<b>INTERVENTI SUL SISTEMA LINFATICO</b>				
	C	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE	42,00			
			Biopsia di linfonodi cervicali, supraclavari o prescalenici				
			Biopsia di linfonodi ascellari				
	CH	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	59,00			
	CH	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	105,00			
		<b>41</b>	<b>INTERVENTI SUL MIDOLLO OSSEO E SULLA MILZA</b>				
	C	41.31	BIOPSIA (AGOBIOPSIA) DEL MIDOLLO OSSEO	35,00			
			<b>9. INTERVENTI SULL' APPARATO Digerente (42-54)</b>				
		<b>42</b>	<b>INTERVENTI SULL' ESOFAGO</b>				
	J	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	14,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	J	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	82,00			
H	J	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	97,00	GR 268/2002		
			Mediante laser o Argon Plasma				
		43	<b>INCISIONE ED ASPORTAZIONE DELLO STOMACO</b>				
A	J	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO, DELL'ESOFAGO E DEL DUODENO	49,00	GR 268/2002		Accorpa la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 42.33.1
			PER VIA ENDOSCOPICA				
			Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico				
			Escluso: Biopsia dello stomaco (45.16), Controllo di emorragia				
	J	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	77,00			
			PER VIA ENDOSCOPICA				
			Mediante laser				
			Escluso: Biopsia dello stomaco (45.16), Controllo di emorragia				
		44	<b>ALTRI INTERVENTI SULLO STOMACO</b>				
	J	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	88,00			
			Con stimolazione				
			Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, radiografia gastrointestinale superiore (87.62)				
	J	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	14,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		45	<b>INCISIONE, ASPORTAZIONE E ANASTOMOSI DELL'INTESTINO</b>				
	J	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	57,00			
			Endoscopia dell' intestino tenue				
			Escluso: Endoscopia con biopsia (45.16)				
A	J	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	71,00	GR 268/2002		La prestazione accorpa le prestazioni di cui all'ICD-IX-CM 42.24;44.14; 45.14
			Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno con o senza test all'ureasi				
	J	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DESTRA O PANCOLONSCOPIA	62,00	GR 268/2002		
			Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia				
			con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23),				
			Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso				
	J	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	103,00			
I	J	45.23.2	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	170,00	GR 268/2002		
I	J	45.23.3	COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE	155,00	GR 268/2002		
	J	45.24	SIGMOIDOSCOPIA ( COLONSCOPIA SINISTRA) CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	37,00	GR 268/2002		
			Endoscopia del colon discendente				
			Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)				
I	J	45.24.1	SIGMOIDOSCOPIA ( COLONSCOPIA SINISTRA) CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA	120,00	GR 268/2002		
	J	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	87,00			
			Biopsia di sedi intestinali aspecifiche				
			Brushing o washing per prelievo di campione				
			Colonscopia con biopsia				
			Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)				
I	J	45.25.1	COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON BIOPSIA	175,00	GR 268/2002		
	J	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	75,00			
	J	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	42,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	J	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	28,00			
	J	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	167,00			
	J	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO E RETTO	97,00	GR 268/2002		include la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 48.36
			Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico				
			Escluso: Polipectomia con approccio addominale				
I	J	45.42.1	COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON POLIPECTOMIA	210,00	GR 268/2002		
	J	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO	103,00	GR 268/2002		
			PER VIA ENDOSCOPICA				
			Mediante laser o Argon Plasma				
			Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)				
		<b>46</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULL'INTESTINO</b>				
I	J	46.85	DILATAZIONE INTESTINO PER VIA ENDOSCOPICA sonde palloni	125,00	GR 268/2002		
		<b>48</b>	<b>INTERVENTI SUL RETTO, SUL RETTOSIGMOIDE E SUI TESSUTI PERIRETTALI</b>				
	J	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	26,00			
			Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)				
	J	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO	42,00			
			Brushing o washing per raccolta di campione				
			Proctosigmoidoscopia con biopsia				
	J	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE (BIOFEED BACK ANORETTALE)	58,00	GR 268/2002		
H	CJ	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO	35,00			
			Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale,				
			Emorroidectomia (49.46), Fistolotomia rettale				
		<b>49</b>	<b>INTERVENTI SULL'ANO</b>				
	C	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	35,00			
	C	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	35,00			
			Undercutting di tessuto perianale				
			Escluso: Fistulotomia anale (49.11)				
	C	49.11	FISTULOTOMIA ANALE	35,00			
			Extrasfinterica				
	J	49.21	ANOSCOPIA	23,00			
	C	49.23	BIOPSIA DELL' ANO	24,00			
	C	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	42,00			
			Escissione di papilla anale ipertrofica				
	C	49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	42,00			
			Asportazione o demolizione di ragadi anali				
			Escluso: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31)				
	C	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	17,00			
	C	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	42,00			
	C	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI	42,00			
			Emorroidectomia NAS				
	C	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	42,00			
	C	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE	42,00			
			Divisione di sfintere NAS (interna)				
		<b>50</b>	<b>INTERVENTI SUL FEGATO</b>				
H	CJ	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	77,00	GR 268/2002		
			Aspirazione diagnostica del fegato				
H	CH	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	155,00	GR 207/99		
			GUIDATA CON IMMAGINI				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
H	CHJ	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO	155,00	GR 268/2002		
			Escluso: Biopsia percutanea (50.11)				
		<b>51</b>	<b>INTERVENTI SULLA COLECISTI E SULLE VIE BILIARI</b>				
H	CHJ	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	88,00			
			Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari				
		<b>54</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULLA REGIONE ADDOMINALE</b>				
			Escluso: Cavità pelvica femminile, pelle e tessuto sottocutaneo della parete addominale (86.01-86.84)				
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)
	C	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	21,00			
H	C	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE incluso: biopsia renale, biopsia pancreatica	62,00	GR 207/99		
			Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)				
H	CH	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE	88,00			
			Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)				
	C	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE	35,00			
			Paracentesi (delle regioni superficiali)				
			Escluso: Creazione di fistola cutaneoepitoneale (54.93)				
H	CH	54.91.1	DRENAGGIO GUIDATO CON IMMAGINI PERCUTANEO ADDOMINALE	103,00	GR 207/99		
			Drenaggio delle regioni superficiali				
	M	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOEPITONEALE	105,00			
			Inserzione di catetere permanente per dialisi				
H	R	54.97	INEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE	62,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
			Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)				
	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;
	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;
			<b>10. INTERVENTI SULL' APPARATO URINARIO (55-59)</b>				
		<b>55</b>	<b>INTERVENTI SUL RENE</b>				
H	Y	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE	62,00			
			Puntura di cisti renale				
		<b>56</b>	<b>INTERVENTI SULL' URETERE</b>				
H	Y	56.31	URETEROSCOPIA	73,00			
			Con strumento flessibile				
		<b>57</b>	<b>INTERVENTI SULLA VESCICA</b>				
	Y	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA	28,00			
			Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico				
	Y	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]	45,00			
			Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata				
	Y	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	57,00			
	Y	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	57,00			
	Y	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	57,00			
	Y	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	57,00			
			Elettrocoagulazione endoscopica vescicale				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale				
	Y	57.94	CATERETERISMO VESCICALE	10,00			
		<b>58</b>	<b>INTERVENTI SULL' URETRA</b>				
	Y	58.22	URETROSCOPIA	28,00			
	Y	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	39,00			
	Y	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	39,00			
			Asportazione di caruncola uretrale				
H	Y	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	88,00			
H	Y	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA	39,00			
			Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi				
	Y	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE	35,00	GR 508/97		
			Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (seduta unica)				
	Y	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE	11,00	GR 508/97		
			(Per seduta)				
	Y	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	39,00	GR 508/97		
		<b>59</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO URINARIO</b>				
	Y	59.8	CATERETERIZZAZIONE URETERALE	23,00			
			Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale				
			Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)				
			<b>11. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI (60-64)</b>				
		60	INTERVENTI SULLA PROSTATA E SULLE VESCICOLE SEMINALI				
			Incluso: Interventi sugli organi periprostatici				
			Escluso: Interventi associati a cistectomia radicale				
	Y	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO	28,00			
			Incisione della prostata				
			Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico				
	Y	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA	28,00			
			Approccio transperineale o transrettale				
	HY	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA	48,00			
			Agobiopsia Eco-guidata della prostata				
H	Y	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI incluso eventuale guida ecografica	62,00	GR 207/99		
	Y	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA	28,00			
			Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)				
		<b>61</b>	<b>INTERVENTI SULLO SCROTO E SULLA TUNICA VAGINALE</b>				
	Y	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE	18,00			
			Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)				
	Y	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE	18,00			
			Aspirazione percutanea della tunica vaginale				
		<b>62</b>	<b>INTERVENTI SUI TESTICOLI</b>				
	Y	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	28,00			
		<b>63</b>	<b>INTERVENTI SUL CORDONE SPERMATICO, EPIDIDIMO E SUI DOTTI DEFERENTI</b>				
	Y	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO	15,00			
			Manuale				
			Escluso: quella associata ad orchidopessi				
H	Y	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	88,00			
		<b>64</b>	<b>INTERVENTI SUL PENE</b>				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Incluso: Interventi su glande e prepuzio				
I	Y	64.0	CIRCONCISIONE	280,00	GR 268/2002		
	Y	64.11	BIOPSIA DEL PENE	20,00			
	Y	64.19.1	BALANOSCOPIA	7,00			
	F	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	8,00			
	F	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE	30,00			
			Asportazione condilomi				
			Escluso: Biopsia del pene (64.11)				
	Y	64.92.1	FRENULOTOMIA	19,00			
	Y	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	20,00			
			<b>12. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI (65-71)</b>				
		<b>65</b>	<b>INTERVENTI SULL' OVAIO</b>				
H	T	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO	42,00			
			Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata				
			Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)				
		<b>66</b>	<b>INTERVENTI SULLE TUBE DI FALLOPIO</b>				
	T	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE	22,00			
			Insufflazione utero-tubarica				
			Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche e quella per isterosalpingografia (87.83)				
		<b>67</b>	<b>INTERVENTI SULLA CERVICE UTERINA</b>				
	T	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]	25,00			
			Escluso: Conizzazione della cervice				
	T	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA	28,00	GR 933/97		
			BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI				
	T	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	37,00			
			Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi,				
			Diatermocoagulazione di erosione della portio				
	T	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO	37,00			
			Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi				
		<b>68</b>	<b>INTERVENTI SUL CORPO UTERINO</b>				
	T	68.12.1	ISTEROSCOPIA	22,00			
			Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale				
	T	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	30,00			
			Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio				
			Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale				
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
	T	68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO	47,00			
			Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia per via vaginale mediante torsione				
			Escluso: Miomectomia con parcellizzazione				
		<b>69</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULL' UTERO E SULLE STRUTTURE DI SOSTEGNO</b>				
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)
	T	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	13,00			
HR*	T	69.92	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA	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
			Incluso: Capacitazione di materiale seminale(69.92.1) e Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
H	T	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	13,00			
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.
IHR*	T	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA	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
			Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)				
IHR*	T	69.92.4	FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA E PRELIEVOP MICROCHIRURGICO DEGLI SPERMATOZOI	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
			Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)				
IR*	T	69.93.1	NSEMINAZIONE 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
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
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.
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
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.
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
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.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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.
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/istitut/centri, compresa la preparazione, lavorazione e spedizione
		<b>70</b>	<b>INTERVENTI SULLA VAGINA E SUL FORNICE POSTERIORE</b>				
	T	70.11.1	IMENOTOMIA	25,00			
			Per ematocolpo				
	T	70.21	COLPOSCOPIA	11,00	GR 933/97		
	T	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI	20,00			
			Con eventuale puntura esplorativa				
	T	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	25,00			
	FT	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	30,00			
		<b>71</b>	<b>INTERVENTI SULLA VULVA E SUL PERINEO</b>				
	T	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	20,00			
	T	71.22	INCISIONE DI ASCCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	25,00			
	FT	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	20,00	GR 508/97		
	FT	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE	30,00	GR 508/97		
			Laserterapia per fatti distrofici				
			<b>13. INTERVENTI OSTETRICI (75)</b>				
		<b>75</b>	<b>ALTRI INTERVENTI OSTETRICI</b>				
H	T	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	88,00	GR 508/97		
*	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)	

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
*	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 abortito 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)	
H	T	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	88,00			
	T	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA	17,00			
			Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT				
H	T	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA	31,00			
			Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale				
			Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico				
			<b>14. INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLOSCHIELETICO (76-83)</b>				
		<b>76</b>	<b>INTERVENTI SULLE OSSA E SULLE ARTICOLAZIONI DELLA FACCIA</b>				
			Escluso: Seni accessori, ossa nasali (21.01-21.91), cranio				
	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.
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.
	Q	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	64,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
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	
	S	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	28,00			
	S	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	28,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		<b>77</b>	<b>INCISIONE, ASPORTAZIONE E SEZIONE DI ALTRE OSSA</b> ossa pelviche, Falangi ( piede e mano) vertebre				
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.
		<b>78</b>	<b>ALTRI INTERVENTI SULLE OSSA AD ECCEZIONE DI QUELLE FACCIALI</b>				
	S	78.7	OSTEOCLASIA	20,00			
			Manuale o strumentale				
		<b>79</b>	<b>RIDUZIONE DI FRATTURA E DI LUSSAZIONE</b>				
			Incluso: Applicazione di gesso o ferula, riduzione con inserzione di mezzi di trazione (filo di Kirschner) (chiodo di Steinmann)				
			Escluso: Fissazione esterna solo per immobilizzazione di frattura (93.51-93.56,93.59), Fissazione interna senza riduzione di frattura,				
			Interventi su: ossa facciali, ossa nasali (21.71), orbita, cranio, vertebre				
			Trazione per riduzione di frattura				
H	S	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			in sede non specificata				
H	S	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
H	S	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
			Braccio NAS				
H	S	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
			Mano NAS				
H	S	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	41,00			
H	S	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
			Piede NAS				
H	S	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	52,00			
H	S	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	36,00			
H	S	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	36,00			
H	S	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	36,00			
H	S	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	36,00			
H	S	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	36,00			
		<b>80</b>	<b>INCISIONE ED ASPORTAZIONE DI STRUTTURE ARTICOLARI</b>				
			Escluso: Cartilagine di orecchio, naso (21.00-21.99), Articolazione temporomandibolare				
	S	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA	42,00			
			Biopsia aspirativa				
		<b>81</b>	<b>INTERVENTI DI RIPARAZIONE E PLASTICA SULLE STRUTTURE ARTICOLARI</b>				
	S	81.91	ARTROCENTESI	28,00			
			Aspirazione articolare				
			Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92)				
			artrografia (88.32)				
	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
		<b>82</b>	<b>INTERVENTI SUI MUSCOLI, SUI TENDINI E SULLE FASCE DELLA MANO</b>				
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.
		<b>83</b>	<b>INTERVENTI SUI MUSCOLI, SUI TENDINI, SULLE FASCE E SULLE BORSE AD ECCEZIONE DELLA MANO</b>				
	S	83.02	MIOTOMIA	20,00			
			Escluso: Miotomia cricofaringea				
	S	83.03	BORSOTOMIA	28,00			
			Rimozione di deposito calcareo della borsa				
			Escluso: Aspirazione percutanea della borsa				
	C	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	34,00			
			Incisione della fascia				
			Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico				
			Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)				
	C	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	34,00			
			Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)				
	CH	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	47,00			
	C	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	34,00			
			Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano				
	C	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI	7,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari (99.25-99.29.9)				
			<b>15. INTERVENTI SUI TEGUMENTI (85-86)</b>				
		<b>85</b>	<b>INTERVENTI SULLA MAMMELLA</b>				
			Incluso: Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo di mammella femminile o maschile, sito di precedente mastectomia femminile o maschile, revisione di precedente mastectomia				
	C	85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia	30,00			
			Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi				
	C	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	25,00			
	CH	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	37,00			
	C	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS Incisione di accesso mammario	30,00			
	C	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA Rimozione di area fibrosa dalla mammella	30,00			
			Escluso: Biopsia della mammella (85.11)				
	CH	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Eco-guidata	37,00			
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	
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	
		<b>86</b>	<b>INTERVENTI SULLA CUTE E SUL TESSUTO SOTTOCUTANEO</b>				
			Incluso: Interventi su follicoli piliferi, perineo maschile, unghie, ghiandole sebacee, cuscinetti di grasso, ghiandole sudoripare, fosse superficiali				
			Escluso: quelli sulla cute di: palpebra (08.01-08.92), sopracciglia (08.01-08.92), orecchio (18.02-18.29), naso (21.01-21.91), labbra (27.21-27.91), ano (49.01-49.59), scroto (61.0-61.91), pene (64.0-64.93), vulva e perineo femminile (71), mammella (sede di mastectomia) (85.0-85.21.1)				
	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			
	C	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	16,00			
	D	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	10,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	C	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE Escluso: Marsupializzazione	27,00			
	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			
	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			
	CF	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	14,00			
		<b>86.19</b>	<b>ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO</b>				
	F	86.19.1	ELASTOMETRIA	5,00			
	F	86.19.2	SEBOMETRIA	5,00			
	F	86.19.3	CORNEOMETRIA	6,00			
	F	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	8,00			
	CD	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	18,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			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)				
I	FDK	86.22.1	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE MEDIANTE LASER	41,00	GR 854/2008		
			Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusionale. Per seduta, fino ad un ciclo massimo di 6 sedute.				
	C	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	26,00			
	DF	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE peeling chimico della cute	8,00			
	F	86.25	DERMOABRASIONE mezzo meccanico (Per seduta)	18,00			
			Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)				
	C	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	18,00			
			Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico				
			Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)				
	C	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	9,00			
			Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing				
			(Per seduta)				
	F	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI CUTANEE MEDIANTE CRIOTERAPIA	13,00	GR 508/97		
			Crioterapia con azoto liquido o protossido di azoto		GR 933/97		
			Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute		GR 153/98		
	F	86.30.2	CRIOTERAPIA MEDICA (NEVE CARBONICA)	6,00	GR 508/97		
			Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute		GR 153/98		
	F	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI CUTANEE MEDIANTE ELETTROCOAGULAZIONE	36,00	GR 508/97 GR 153/98		
			Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute				
I	F	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	41,00	GR 153/98 GR 207/99		
			Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute				
	D	86.4	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DELLA CUTE	29,00	GR 207/99		
			Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti incluso: asportazione di cisti o seno pilonidale				
	D	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	29,00			
	D	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	9,00			
			Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)				
	D	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	12,00			
	D	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS	207,00	GR 268/2002		
			Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina				
	D	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO	258,00	GR 268/2002		
			Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo				
	D	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO	207,00	GR 268/2002		
			Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo				
I	FDK	86.67.1	INNESTO DI DERMA RIGENERATIVO	207,00	GR 854/2008		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			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				
	D	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI	310,00	GR 268/2002		
			Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione)				
			Taglio parziale di peduncolo o lembo				
			Sezione di peduncolo di lembo				
	D	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	310,00	GR 268/2002		
	D	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO	310,00	GR 268/2002		
			Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita				
	D	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI	413,00	GR 268/2002		
			Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo				
H	D	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO	258,00			
			Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo				
			Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo				
			(Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)				
	C	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	23,00			
H	D	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	258,00			
			Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano				
I	FDK	86.99.1	LASERTERAPIA PER FATTI INFIAMMATORI O DISTROFICI (Nd: YAG, CO2, IR, IODO)	30,00	GR 854/2008		
			Per la modulazione dei processi infiammatori nelle lesioni cutanee. Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusionali				
			<b>16. ALTRE PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE (87-99)</b>				
		<b>87</b>	<b>RADIOLOGIA DIAGNOSTICA</b>				E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuto come mediate sufficiente a garantire la completezza della prestazione, la tariffa individuata remunera la prestazione indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico.
	H	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	95,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgola con significato disgiuntivo)
			TC del cranio o encefalo, sella turcica, orbite				
	H	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	173,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgola con significato disgiuntivo)
			TC del cranio o encefalo, sella turcica, orbite				
	H	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	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 del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]				
	H	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	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 del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]				
	H	87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]	95,00	GR 1276/2009		
			(mediante software dedicato)				
			TC dei denti (arcata superiore o inferiore)				
	H	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO	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 dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare] per lato (dx o sn)				
	H	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO	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 dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare] per lato (dx o sn)				
	H	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	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 del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]				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.)
	H	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	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

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]				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.)
	H	87.03.9	SCIALO - TAC (per ghiandola)	173,00	GR 1276/2009		
	H	87.04.1	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	31,00	GR 567/2009		Da considerare doppia prestazione se richiesta anche in fonazione
H	H	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	113,00	GR 567/2009		
	H	87.06	FARINGOGRAFIA Incluso: esame diretto	45,00	GR 567/2009		
	H	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) (per ghiandola) Incluso: esame diretto	91,00	GR 567/2009		
	H	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	59,00	GR 567/2009		
	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)
	H	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE Con videoregistrazione	91,00	GR 567/2009		
	H	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	13,00	GR 567/2009		
	H	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	13,00	GR 567/2009		
	H	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	26,00	GR567/2009		
	H	87.11.4	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCADE DENTARIE	26,00	GR 567/2009		
	H	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica Per ogni proiezione	13,00	GR 567/2009		
	HQ	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)	13,00	GR 567/2009		
	H	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Monolaterale ( 4 proiezioni) Incluso: esame diretto	91,00	GR 567/2009		
	H	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Bilaterale Incluso: esame diretto	113,00	GR567/2009		
	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)
	H	87.16.2	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto	59,00	GR567/2009		
	H	87.16.3	TOMOGRFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	31,00	GR567/2009		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Monolaterale				
			Incluso: esame diretto				
			Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)				
	H	87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	45,00	GR567/2009		
			Bilaterale				
			Incluso: esame diretto				
			Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)				
	H	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI	26,00	GR 567/2009		
			Cranio in tre proiezioni				
	H	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA	21,00	GR567/2009		
			(2 proiezioni)				
	H	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	21,00	GR567/2009		
			(2 proiezioni)				
	H	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			rachide cervicale, prove dinamiche				
			(2 proiezioni)				
	H	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	26,00	GR567/2009		
			rachide dorsale, prove dinamiche (due proiezioni)				Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	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
			(2 proiezioni)				
			[rachide lombosacrale, sacrococcigeo] prove dinamiche				
	H	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	59,00	GR567/2009		
			(2 proiezioni)				
			Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico (ortopantomica)				
	H	87.35	GALATTOGRAFIA	91,00	GR567/2009		
	H	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	45,00	GR567/2009		
			(2 proiezioni)				
	H	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	31,00	GR567/2009		
			(2 proiezioni)				
	H	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	45,00	GR567/2009		
	H	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA	59,00	GR567/2009		
			(Minimo 2 radiogrammi)				
	H	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	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 del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]				
			incluso: TC cuore				
	H	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	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
			TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]				
			incluso: TC cuore				
	H	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	59,00	GR567/2009		
			Tomografia bilaterale polmonare				
	H	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE	45,00	GR567/2009		
			Tomografia monolaterale polmonare				
	H	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	45,00	GR567/2009		
	H	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	26,00	GR567/2009		Da intendersi esame panoramico dello scheletro toracico escluso colonna
			(3 proiezioni)				
			Scheletro toracico costale bilaterale				
	H	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			(2 proiezioni)				
			Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola				
	H	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	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
			Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore]				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			escluso: torace con metodologia ILO (2 proiezioni)				
	H	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (3 proiezioni)	31,00	GR567/2009		
	H	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni)	13,00	GR567/2009		
			In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1				
	H	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA	91,00	GR567/2009		
H	H	87.54.1	Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR	59,00	GR567/2009		
	H	87.59.1	Incluso: esame diretto COLECISTOGRAFIA	59,00	GR567/2009		
	H	87.61	Incluso: esame diretto e prova di Bronner RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 radiogrammi)	113,00	GR567/2009		
	H	87.62	Incluso: Radiografia dell' esofago (transito esofageo) RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	91,00	GR567/2009		
			Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi)				Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	45,00	GR567/2009		
	H	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	59,00	GR567/2009		
	H	87.62.3	incluso: eventuale ipotonia farmacologica RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	91,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.63	Stomaco e duodeno, duodenografia ipotonica incluso: eventuale ipotonia farmacologica STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	59,00	GR567/2009		
	H	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)	31,00	GR567/2009		
	H	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	59,00	GR567/2009		
	H	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	103,00	GR567/2009		
	H	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	164,00	GR567/2009		
H	H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO Wirsungrafia	91,00	GR567/2009		
	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)
	H	87.72	TOMOGRAFIA [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)
	H	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropielotomografia e cistografia	164,00	GR567/2009		
H	H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,00	GR567/2009		
H	H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	113,00	GR567/2009		
	H	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	59,00	GR567/2009		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	H	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi)	91,00	GR567/2009		
	H	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	91,00	GR567/2009		
	H	87.77	CISTOGRAFIA escluso: prestazione effettuata come parte di Urografia endovenosa (87.73) (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,00	GR567/2009		
	H	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,00	GR567/2009		
	H	87.79.1	URETROGRAFIA (3 radiogrammi)	91,00	GR567/2009		
	H	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto, per via ecografica	113,00	GR567/2009		
	H	87.89.1	COLPOGRAFIA (4 radiogrammi)	59,00	GR567/2009		
	H	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	91,00	GR 567/2009		
	H	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	103,00	GR 567/2009		
		<b>88</b>	<b>ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE</b>				
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...)
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...)
	H	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE [Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata]	95	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
	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
	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
	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
	H	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME (4 radiogrammi)	91,00	GR 567/2009		
	H	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	164,00	GR 567/2009		
	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
	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)
	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)
	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)

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	H	88.25	PELVIMETRIA	21,00	GR 567/2009		
	H	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	26,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca				
	H	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	26,00	GR567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba				
	H	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	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
			Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno,avanpiede], dito del piede				Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	59,00	GR 567/2009		
			(ortopanoramica)				
	H	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	26,00	GR 567/2009		
			(3 proiezioni)				
	H	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	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
			[Scheletro per patologia sistemica]				
	H	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	26,00	GR 567/2009		
	H	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO	113,00	GR 567/2009		
			(4 proiezioni)				
			Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)				
	H	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	13,00	GR 567/2009		
			(1 proiezione)				
			polso-mano o ginocchia				
	H	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	31,00	GR 567/2009		
	H	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	59,00	GR 567/2009		
			incluso: FISTOLOGRAFIA NAS				
			(Minimo 2 radiogrammi)				
	H	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	59,00	GR 567/2009		
			(Minimo 2 radiogrammi)				
	H	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPEC0 VERTEBRALE	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 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				
	H	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPEC0 VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	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
			TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale				Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			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				
	H	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE	95,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			TC di: spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano				
	H	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	173,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			TC di: spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano				
	H	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	95,00	GR 1276/2009		
			TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache				
	H	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE	95,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			TC di: articolazione coxo-femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede				
	H	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	173,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			TC di: articolazione coxo-femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede				
	H	88.38.8	ARTRO TC	191,00	GR 567/2009		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Spalla o gomito o ginocchio incluso: Arto disco TC				
	H	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)	21,00	GR 567/2009		
I	HQ	88.39.5	PROIEZIONE SPECIALE AGGIUNTIVA RADIOGRAFICA	13,00	GR 567/2009		La prestazione è riconosciuta solo se espressamente richiesta nella prescrizione
H	H	88.42.1	AORTOGRAFIA	283,00	GR 207/99		
			Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico, vasi aortici e distretti sovraortici				
H	H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE E DEI DISTRETTI INFERIORI	283,00	GR 207/99		
			Angiografia digitale dell' aorta addominale				
H	H	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	283,00			
H	H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE	227,00			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			Cervicale, dorsale, lombare				
H	H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	98,00			
H	H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	207,00			
H	H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	207,00			
H	H	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	207,00			
			Monilaterale				
H	H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	207,00			
H	H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE, SURRENALE, SOVRAEPATICA	207,00	GR 207/99		
H	H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA	212,00			
			Bilaterale				
H	H	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI	207,00			
			Monilaterale				
H	H	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI	232,00			
			Bilaterale				
	H O	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA	36,00	GR 1276/2009		
			Ecografia tranfontanellare				
	BEO	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO	44,00	GR 1276/2009		
			Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica				
	BEO	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	50,00	GR 1276/2009		
	GHI	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	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
			[ ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi]				Collo: comprende lo studio delle ghiandole salivari maggiori, della tiroide, della paratiroide, delle strutture muscolari del collo e delle stazioni linfoghiandolari 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.
	BH	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	44,00	GR 1276/2009		
			Ecocardiografia				
	B	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	50,00	GR 1276/2009		
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	B	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	60,00	GR 1276/2009		
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	B	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA	80,00	GR 1276/2009		
			Ecocardiografia transesofagea				
	BT	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	50,00	GR 1276/2009		
	H	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	36,00	GR 1276/2009		
			Bilaterale				
	H	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	22,00	GR 1276/2009		
			Monilaterale				
	H	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	36,00	GR 1276/2009		
	H	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	36,00	GR 1276/2009		
	BE	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	60,00	GR 1276/2009		
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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 coinvolgimento dei linfonodi ascellari tramite lo studio del linfonodo sentinella; nelle quali sia necessaria una caratterizzazione preoperatoria non possibile su prelievo istologico;	
I	H	88.73.7	MICROBIOPSIA MAMMARIA CON TECNICA STEREOTASSICA	100,00	GR 268/2002		
A	HJ	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	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
			[Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, aorta addominale, grossi vasi addominali, linfonodi paravasali				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
			Incluso: reni ed eventuale integrazione (color)doppler escluso :Ecografia dell'addome completo (88.76.1)				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)
A	H	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	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
			[Reni, ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile, apparato genito urinario]				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
			Incluso: eventuale integrazione (color)doppler Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)				ivi presenti, da effettuare anche in presenza di prescrizione limitata allo studio di uno o più dei singoli organi sopra riportati
A	HJ	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	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
			Incluso: eventuale integrazione (color)doppler				" Ecografia addome superiore ed inferiore", Ecografia addome superiore e scavo pelvico", "Ecografia del retroperitoneo", nonché le voci che indichino organi o apparati dell'addome superiore ed inferiore.
	BE	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA	36,00	GR 1276/2009		
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	BE	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, FETOPLOACENTARE, ARTERIOSA O VENOSA	50,00	GR 1276/2009		
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	BE	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	36,00	GR 1276/2009		
	T	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	36,00	GR 1276/2009		
	HT	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA	22,00	GR 1276/2009		
			Per monitoraggio ovulazione				
	T	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	36,00	GR 933/97 GR 1276/2009		
	H	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	36,00	GR 1276/2009		
	HS	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	36,00	GR 1276/2009		
			Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca				
	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"
	H	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA DEL TORACE	60,00	GR 1276/2009		
	H	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	36,00	GR 1276/2009		
	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.
	H	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	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.
			incluso: Ecografia addome inferiore				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"

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	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"
	H	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE  Scheletro in toto e colonna	26,00	GR 567/2009		
	H	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA  Bilaterale	26,00	GR 567/2009		
	H	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	26,00	GR 567/2009		
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 infusione	29,00	GR 854/2008		
	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		
	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 purchè esplicitamente richiesta
	H	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECCHIO 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
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
	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)
	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)
	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)
	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)
HI	H	88.91.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO IN ETA' EVOLUTIVA ANNI 0-10	350,00	GR151/2010		
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		
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		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	H	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	254,00	GR 567/2009		
	H	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	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.
			[faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]				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
			Incluso: relativo distretto vascolare				singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.: Rm faringe, Rm laringe ecc.)
	H	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	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
			[faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]				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
			Incluso: relativo distretto vascolare				singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.: Rm faringe, Rm laringe ecc.)
	H	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	254,00	GR 567/2009		
HI	H		RISONANZA				
	H	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	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
			[mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]				
			Incluso: relativo distretto vascolare				
	H	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	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
			[mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]				
			Incluso: relativo distretto vascolare				
	H	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	254,00	GR 508/97 GR 567/2009		
	H	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	155,00	GR 1276/2009		
	H	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		
	H	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	288,00	GR 567/2009		
	H	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	130,00	GR 1276/2009		
			Monilaterale				
	H	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		
			Monilaterale				
	H	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	155,00	GR 1276/2009		
			Bilaterale				
	H	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		
			Bilaterale				
	H	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	145,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			Cervicale, toracica, lombosacrale, sacrococcigeo				
	H	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			Cervicale, toracica, lombosacrale, sacrococcigeo				
	H	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA	130,00	GR 1276/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			RM di spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxo femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede				
			Incluso: parti molli, distretto vascolare				
	H	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
			RM di spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxo femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede				
			Incluso: parti molli, distretto vascolare				
	H	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	254,00	GR 567/2009		
	H	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	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

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			[Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo] e relativo distretto vascolare				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.
	H	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	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
			[Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo] e relativo distretto vascolare				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.
	H	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	254,00	GR 567/2009		
	H	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	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
			[Vescica, pelvi maschile o femminile, pene e scroto] (con bobina extracorporea) incluso: relativo distretto vascolare				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.
	H	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	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
			[Vescica, pelvi maschile o femminile] (con bobina extracorporea) incluso: relativo distretto vascolare				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.
	H	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	254,00	GR 567/2009		
I	H	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA	155,00	GR 1276/2009		
I	H	88.97.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA, SENZA E CON CONTRASTO	254,00	GR 567/2009		
I	H	88.97.3	COLANGIOGRAFIA RM	155,00	GR 1276/2009		
*	H	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO	22,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
			Polso o caviglia				
*	H	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	32,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
			Lombare, femorale, ultradistale				
*	H	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	43,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
			Total body				
*	H	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC	77,00	GR 1238/2003 GR 308/2010	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 308/2010)	
			Lombare				
*	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)	
I	K	88.99.6	FOTOGRAFIA DIGITALE CON LUCE STRUTTURATA	26,00	GR854/2008		
			Per la valutazione emitoraggio delle lesioni cutanee. Finalizzata al trattamento con emocomponenti ad uso non infusione				
		89.0	ANAMNESI, VALUTAZIONE, CONSULTO E VISITA				
			Escluso: Colloquio diagnostico psichiatrico (94.12- 94.19)				
	Z	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	15,00			
			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 e endocrinologia				
			Consulenza genetica				
			Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio,				
			per deterioramento intellettivo, esame del Neglect; esame psicodiagnostico				
			Visita di sorveglianza terapia anticoagulante				
	Z	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	22,00			
			Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale				
			Visita medico nucleare pretrattamento				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Visita radioterapica pretrattamento				
			Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica				
R I	Z	89.04.1	CONSULENZA DI FARMACOLOGIA CLINICA	22,00	GR 926/06		Prestazione erogata da strutture di farmacologia clinica
	Z	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	41,00			
			Valutazione multidimensionale geriatrica d'equipe Valutazione d'equipe per il trattamento con emocomponenti ad uso non infusionale		GR 854/2008		
		89.1	<b>MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI</b>				
			Sistema nervoso e organi di senso				
			Escluso: Esame dell'orecchio (95.41-95.48), esame dell'occhio (95.01-95.35),				
	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
	U	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE	14,00			
			Rinomanometria				
	O	89.13	VISITA NEUROLOGICA	22,00			
	O	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	34,00			
			Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea)				
			Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)				
	O	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	36,00			
	O	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	36,00			
	O	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	47,00			
	O	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore	36,00			
	O	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE	36,00			
			Con mappaggio				
	O	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	24,00			
	O	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI	49,00			
			Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)				
			Incluso: EEG				
	O	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI	36,00			
			Arto superiore o inferiore				
			Incluso: EEG				
	O	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	36,00			
			Per nervo o dermatomero				
			Incluso: EEG				
	O	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO	56,00			
			Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica				
	O	89.15.6	POLIGRAFIA	47,00			
			Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)				
	O	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE	47,00			
			Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)				
	O	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI	42,00			
			Per ricerca di soglia				
	O	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI	93,00			
			Da stimolo elettrico				
	O	89.17	POLISONNOGRAMMA	139,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Diurno o notturno e con metodi speciali				
	O	89.18.1	TEST POLISSONOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	139,00			
	O	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	139,00			
	O	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	36,00			
	O	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,00			
		<b>89.2</b>	<b>MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI</b>				
			Sistema genitourinario				
	Y	89.22	CISTOMETROGRAFIA	56,00			
			Cistomanometria				
	Y	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	24,00			
	Y	89.24	UROFLUSSOMETRIA	12,00			
	Y	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	12,00			
	T	89.26	VISITA GINECOLOGICA	22,00			
			Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico				
		<b>89.3</b>	<b>ALTRE MISURE ANATOMICHE E FISILOGICHE ED ESAMI MANUALI</b>				
	J	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67,00			
	J	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	93,00			
	V	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	24,00			
	V	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	37,00			
	V	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	47,00			
	V	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	37,00			
			Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco				
	V	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	56,00			
			Curva dose-risposta				
			Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13				
	V	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO	47,00			
			Singolo stimolo				
			Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4				
	V	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE	24,00			
			Escluso: Spirometria				
	V	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	24,00			
	V	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	24,00			
	V	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	47,00			
	V	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	24,00			
	V	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	70,00			
	V	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O	47,00			
			TRANSIAFRAMMATICHE				
	V	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	24,00			
	V	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	24,00			
	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

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	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
	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
	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
	U	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	8,00			
		<b>89.4</b>	<b>TEST CARDIOLOGICI DA SFORZO E CONTROLLO DI PACE-MAKER</b>				
	B	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	56,00			
			Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)				
	B	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	19,00			
	B	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	56,00			
			Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)				
	B	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	56,00			
			Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo				
	V	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	84,00			
			ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi				
	V	89.44.2	TEST DEL CAMMINO	56,00			
	B	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	24,00			
		<b>89.5</b>	<b>ALTRI TEST FUNZIONALI CARDIOLOGICI</b>				
			Escluso: ECG fetale				
	B	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	62,00			
			Dispositivi analogici (Holter)				
	B	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	13,00			
	B	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	47,00			
			Telemetria				
			ECG con studio dei potenziali tardivi				
			Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia				
	BE	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	19,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	BE	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	28,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	BE	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	19,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico				
	BE	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	19,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)				
	BE	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	28,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
			Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)				
	BE	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA	21,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica				
	BE	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	19,00			
			A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico				
	BE	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	19,00			
	B	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	41,00			
		<b>89.6</b>	<b>MONITORAGGIO CIRCOLATORIO</b>				
			Escluso: Monitoraggio elettrocardiografico durante chirurgia				
	B	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41,00			
	BE	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	47,00			
	KV	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	14,00			
			Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso				
	V	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE	19,00			
			Test dell' iperossia				
	V	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE	19,00			
			Test dell' ipossia				
	V	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	19,00			
	V	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	10,00			
	V	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	19,00			
	KV	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	19,00			
	Z	89.7	VISITA GENERALE	22,00			
			Visita specialistica, Prima visita				
			Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita oculistica (95.02)				
		<b>90-91</b>	<b>PRESTAZIONI DI LABORATORIO</b>				
R	K	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	17,00	GR 714/99		
R	K	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	11,00	GR 714/99		
R	K	90.01.3	17 CHETOSTERIDI [dU]	11,00	GR 714/99		
R	K	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]	12,00	GR 714/99		
R	K	90.01.5	ACIDI BILIARI (totali o ciascuno)	10,00	GR 714/99 GR 492/2004		
R	K	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]	16,00	GR 714/99		
R	K	90.02.2	ACIDO CITRICO	5,00			
R	K	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	10,00	GR 714/99		
R	K	90.02.4	ACIDO IPPURICO	6,00	GR 714/99		
R	K	90.02.5	ACIDO LATTICO	6,00			
R	K	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	8,00	GR 714/99		
R	K	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	4,00			
R	K	90.03.3	ACIDO SIALICO	14,00			
R	K	90.03.4	ACIDO VALPROICO	11,00			
R	K	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	21,00	GR 714/99		
R	K	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	10,00			
R	K	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	23,00	GR 714/99		
R	K	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	23,00	GR 714/99		
R	K	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	6,00	GR 714/99		
R	K	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	2,00			
R	K	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	3,00			
R	K	90.05.2	ALDOLASI [S]	5,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
R	K	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	15,00	GR 714/99		
	K	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	8,00			
	K	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	10,00			
	K	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	7,00			
	K	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	11,00			
	K	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	5,00			
	K	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	3,00			
	K	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	5,00			
I	K	90.06.7	ANTIPILETTICI (NAS)	10,00	GR 492/2004		
R	K	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	10,00			
R	K	90.07.2	AMINOACIDI: quantitativo (ognuno) [S/U/Sg/P]	4,00	GR 492/2004		
R	K	90.07.3	AMINOACIDI: screening qualitativo (minimo 8 parametri) [S/U/Sg/P]	13,00	GR 492/2004		
R	K	90.07.4	AMITRIPTILINA	8,00	GR 714/99		
	K	90.07.5	AMMONIO [P]	10,00			
I	K	90.07.6	PROFILO AMINOACIDICO-DOSAGGIO QUANTITATIVO	103,00	GR 1216/2004		
R	K	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]	13,00	GR 714/99		
R	K	90.08.2	ANGIOTENSINA II	14,00	GR 714/99		
R	K	90.08.3	ANTIBIOTICI: Dosaggio immunometrico	19,00	GR 714/99		
			(ciascuno)				
	K	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	7,00			
	K	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	6,00			
I	K	90.08.6	ANTIBIOTICI: Dosaggio microbiologico	17,00			
			(ciascuno)				
	K	90.09.1	APTOGLOBINA	7,00			
	K	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	2,00			
R	K	90.09.3	BARBITURICI	8,00	GR 714/99		
R	K	90.09.4	BENZODIAZEPINE	9,00	GR 714/99		
R	K	90.09.5	BENZOLO	10,00	GR 714/99		
	K	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	11,00			
	K	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	1,00			
	K	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)	1,00	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	2,00			
	K	90.10.5	BILIRUBINA DIRETTA	2,00	GR 498/2013		
I	K	90.10.6	BUPRENORFINA	16,00	GR 492/2004		
R	K	90.11.1	C PEPTIDE	12,00	GR 714/99		
R	K	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 )	48,00			
R	K	90.11.3	CADMIO	10,00	GR 714/99		
	K	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	2,00			
R	K	90.11.5	CALCITONINA	15,00	GR 714/99		
	K	90.11.6	CALCIO IONIZZATO	12,00			
I	K	90.11.7	CALPROTECTINA	8,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
I	K	90.11.8	CISTATINA C	8,00	GR 498/2013 GR 673/2014		
	K	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	11,00			
	K	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	6,00			
	K	90.12.3	CARBAMAZEPINA	14,00			
R	K	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	13,00	GR 714/99		
	K	90.12.5	CERULOPLASMINA	6,00			
	K	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]	6,00			
R	K	90.13.2	CICLOSPORINA	17,00	GR 714/99		
	K	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	2,00			
	K	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	9,00	GR 714/99 GR 142/2000		
R	K	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	10,00	GR 714/99		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	90.14.1	COLESTEROLO HDL	2,00			
R	K	90.14.2	COLESTEROLO LDL	1,00	GR 714/99		
	K	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	2,00			
	K	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	2,00			
R	K	90.14.5	COPROPORFIRINE	7,00	GR 714/99		
	K	90.15.1	CORPI CHETONICI	1,00			
R	K	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	20,00	GR 714/99		
	K	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	11,00			
	K	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	2,00			
R	K	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	4,00			
I	K	90.15.6	CREATINCHINASI MB: MASSA	6,00	GR 492/2004		
R	K	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	3,00	GR 714/99		
	K	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	13,00			
	K	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	2,00			
	K	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	2,00			
R	K	90.16.5	CROMO	10,00	GR 714/99		
R	K	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	11,00	GR 714/99		
R	K	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	16,00	GR 714/99		
R	K	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	13,00	GR 714/99		
R	K	90.17.4	DESIPRAMINA	8,00	GR 714/99		
R	K	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	23,00	GR 714/99		
I	K	90.17.6	DESIALO TRANSFERRINA	25,00	GR 492/2004 GR 1216/2004		
I	K	90.17.7	ORMONE ANTI-MULLERIANO	35,00	GR 498/2013		
I	K	90.17.8	PAPP-A	15,00	GR 498/2013		
R	K	90.18.1	DOPAMINA [S/U]	14,00	GR 714/99		
R	K	90.18.2	DOXEPINA	8,00	GR 714/99		
R	K	90.18.3	DROGHE D'ABUSO	6,00	GR 714/99		
			Amfetamina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, Oppiacei, Feniliclidina per analita				
R	K	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	19,00	GR 714/99		
R	K	90.18.5	ERITROPOIETINA	18,00			
R I	K	90.18.6	DROGHE D'ABUSO (Esami rari)	19,00	GR 714/99		
			Caffeina, LSD, Propossifene, Nicotina per analita				
R I	K	90.18.7	DROGHE D'ABUSO (Identificazione e conferma in GC-MS) ciascuno	103,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
I	K	90.18.8	CROMOGRANINA	25,00	GR 1216/2004		
R	K	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	6,00	GR 714/99		
	K	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	13,00			
	K	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]	11,00			
R	K	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO	10,00	GR 714/99		
R	K	90.19.5	ESTRONE (E1)	16,00	GR 714/99		
	K	90.20.1	ETANOLO	6,00			
R	K	90.20.2	ETOSUCCIMIDE	16,00	GR 714/99		
R	K	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI ciascuno	10,00	GR 714/99 - GR 1216/2004		
			Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide				
R	K	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI ciascuno	8,00	GR 714/99 - GR 1216/2004		
			Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati				
R	K	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI ciascuno	10,00	GR 714/99 - GR 1216/2004		
			Ciclofosfamide, Metotressato				
I	K	90.20.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE [BNP o NT PRO BNP]	18,00	GR 498/2013		
	K	90.21.1	FARMACI DIGITALICI ciascuno	12,00	GR 1216/2004		
R	K	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	10,00			
	K	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	5,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO (metodo chimico)	5,00			
R	K	90.21.5	FENILALANINA	4,00			
I	K	90.21.6	FECI SANGUE OCCULTO (metodo immunologico)	7,00			
I	K	90.21.7	FENOBARBITALE	10,00			
	K	90.22.1	FENITOINA	16,00			
R	K	90.22.2	FENOLO [U]	4,00	GR 714/99		
	K	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	8,00			
	K	90.22.4	FERRO [dU]	6,00			
	K	90.22.5	FERRO [S]	2,00			
R	K	90.23.1	FLUORO	7,00			
R	K	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	10,00	GR 714/99		
	K	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	10,00			
	K	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	2,00			
	K	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	2,00			
R	K	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	11,00	GR 714/99		
	K	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	12,00			
	K	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	2,00			
R	K	90.24.4	FOSFOESOSISOIMERASI (PHI)	2,00			
	K	90.24.5	FOSFORO	1,00			
Rb	K	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	4,00	GR 714/99		
R	K	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]	5,00			
	K	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)	7,00			
	K	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	3,00			
	K	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	2,00			
R	K	90.26.1	GASTRINA [S]	20,00	GR 714/99		
R	K	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	8,00	GR 714/99		
R	K	90.26.3	GLUCAGONE [S]	9,00	GR 714/99		
IA	K	90.26.6	GLUCOSIO [CURVA DA CARICO] DIG-120	12,00			La tariffa include il prelievo
IA	K	90.26.7	GLUCOSIO [CURVA DA CARICO] DIG-60-120	18,00			La tariffa include il prelievo
IA	K	90.26.8	GLUCOSIO [CURVA DA CARICO] DIG-30-60-90-120-150-180	42,00			La tariffa include il prelievo
	K	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	2,00			
	K	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	10,00			
	K	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]	7,00			
	K	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	13,00			
	K	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	15,00			
	K	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	11,00			
R	K	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	18,00	GR 714/99		
R	K	90.28.3	IMIPRAMINA	15,00	GR 714/99		
	K	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	10,00			
R	K	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	31,00	GR 714/99 GR 142/2000		
R	K	90.29.1	INSULINA [S]	10,00	GR 714/99		
	K	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	2,00			
	K	90.29.3	LATTE MULIEBRE	4,00			
	K	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]	3,00			
	K	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	3,00			
I	K	90.29.6	LAMOTRIGINA	21,00	GR 492/2004		
R	K	90.30.1	LEVODOPA	8,00	GR 714/99		
	K	90.30.2	LIPASI [S]	4,00			
	K	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	13,00			
	K	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	4,00			
R	K	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	2,00	GR 714/99		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
R	K	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	12,00	GR 714/99		
R	K	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	18,00	GR 714/99		
R	K	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	2,00	GR 714/99		
	K	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	5,00			
	K	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	8,00			
	K	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,00			
	K	90.32.2	LITIO [P]	5,00			
	K	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	10,00			
	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		
	K	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	2,00			
R	K	90.33.1	MANGANESE [S]	7,00			
R	K	90.33.2	MEPROBAMATO	8,00	GR 714/99		
R	K	90.33.3	MERCURIO	10,00			
	K	90.33.4	MICROALBUMINURIA	5,00			
	K	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	8,00			
I	K	90.33.6	OMOCISTEINA (ricerca)	23,00	GR 492/2004		
R	K	90.34.1	NEOPTERINA	11,00	GR 714/99		
R	K	90.34.2	NICHEL	11,00			
R	K	90.34.3	NORTRIPTILINA	6,00	GR 714/99		
R	K	90.34.4	OLIGOELEMENTI : dosaggio plasmatico e urinario (per ciascun oligoelemento)	7,00	GR 1216/2004 GR 498/2013		
	K	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	11,00			
I	K	90.34.6	INSULIN GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3	11,00	GR 498/2013		
R	K	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	13,00	GR 714/99		
R	K	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo	34,00	GR 714/99 GR 142/2000		
					GR 1216/2004 GR 498/2013		
	K	90.35.3	OSSALATI [U]	9,00			
R	K	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	26,00	GR 714/99		
R	K	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	24,00	GR 714/99		
R	K	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	7,00	GR 714/99		
	K	90.36.2	pH EMATICO	8,00			
Rb	K	90.36.3	PIOMBO [S/U]	21,00	GR 714/99		
	K	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	8,00			
R	K	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	7,00	GR 714/99		
R I	K	90.36.6	PIRIDINOLINE	16,00	GR 714/99		
R	K	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	16,00	GR 714/99		
	K	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]	6,00			
	K	90.37.3	POST COITAL TEST	3,00			
	K	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,00			
R	K	90.37.5	PRIMIDONE	10,00	GR 714/99		
	K	90.38.1	PROGESTERONE [S]	13,00			
	K	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	10,00			
	K	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )	29,00	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	6,00			
			Incluso: Dosaggio Proteine totali				
	K	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	2,00			
	K	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	10,00			
			Incluso: Dosaggio Proteine totali				
R	K	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	8,00	GR 714/99		
R	K	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	11,00			
Rb	K	90.39.4	RAME [S/U]	5,00	GR 714/99		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
R	K	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	22,00	GR 714/99		
I	K	90.39.6	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA	20,00	GR 498/2013		
R	K	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE	18,00	GR 714/99		
R	K	90.40.2	RENINA [P]	26,00	GR 714/99		
R	K	90.40.3	SELENIO	7,00			
	K	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	2,00			
	K	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	5,00	GR 714/99 GR 142/2000		
R I	K	90.40.6	SOMATOMEDINA C	16,00	GR 714/99		
I	K	90.40.7	TACROLIMUS (FK560)	21,00	GR 492/2004		
	K	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)	1,00	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.41.2	TEOFILLINA	11,00			
	K	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	13,00			
R	K	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	16,00	GR 714/99		
R	K	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	21,00	GR 714/99		
I	K	90.41.6	TIROXINA (T4) NEONATALE /s	5,00	GR 492/2004		
I	K	90.41.7	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX	10,00	GR 498/2013		
	K	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	8,00			
	K	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )	24,00			
	K	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	10,00			
	K	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)	3,00			
	K	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	6,00			
I	K	90.42.6	TRIPTASI (metodo immunometrico) / s	11,00	GR 492/2004		
R	K	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO (Dosaggi e calcolo)	34,00	GR 714/99 GR 142/2000		
			(Per screening S. Down e altre anomalie)				
	K	90.43.2	TRIGLICERIDI	2,00			
	K	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	10,00			
	K	90.43.4	TRIPSINA [S/U]	11,00			
	K	90.43.5	URATO [S/U/dU]	2,00			
I	K	90.43.6	TRIPSINOGENO NEONATALE / s	5,00	GR 492/2004		
	K	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	2,00			
	K	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	4,00			
	K	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,00			
	K	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	1,00			
R	K	90.44.5	VITAMINA D	17,00	GR 714/99		
R	K	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	11,00	GR 1216/2004		
R	K	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	11,00	GR 1216/2004		
	K	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)	6,00			
R	K	90.45.4	ZINCO [S/U]	7,00	GR 714/99		
R	K	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	9,00	GR 714/99		
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
*	K	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	9,00		Per diagnosi di diatesi emorragiche	
	K	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	5,00			
	K	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	5,00			
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
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		
R	K	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	12,00			
R	K	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM) ciascuno	13,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
I	K	90.47.6	ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI	13,00	GR 492/2004		
I	K	90.47.7	ANTICORPI ANTICARBOSSILASI AC. GLUTAMMICO	14,00	GR 492/2004		
I	K	90.47.8	ANTICORPI ANTI PEPTIDE CITRULLINATO CICLICO [CCP]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
I	K	90.47.9	ANTICORPI ANTI ANTIGENE SOLUBILE EPATICO [SLA/LP]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
R	K	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	9,00	GR 714/99		
R	K	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	12,00	GR 714/99		
R	K	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	12,00	GR 714/99		
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 L107/9
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 L107/9
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 L107/9
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 L107/9
RH	K	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [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 L107/9
R	K	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	12,00	GR 714/99		
	K	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	12,00			
I	K	90.49.6	ANTICORPI ANTIFATTORE REUMATOIDE NON IgM /s	13,00	GR 492/2004		
I	K	90.49.7	ANTICORPI ANTIENDOMISIO	19,00	GR 492/2004		
I	K	90.49.8	ANTICORPI ANTI TIROSINCHINASI [IA2]	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
					GR 498/2013 GR 673/2013		
I	K	90.49.9	ANTICORPI ANTI CITOSOL EPATICO TIPO 1 [LC1]	15,00			
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 L107/9
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 L107/9
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 L107/9
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 L107/9
R	K	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	9,00	GR 714/99		
R	K	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	13,00	GR 714/99		
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 L107/9
R	K	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	12,00			
R	K	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	12,00	GR 714/99		
R	K	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	9,00	GR 714/99		
R	K	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	10,00	GR 714/99		
R	K	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	8,00	GR 714/99		
R	K	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	8,00	GR 714/99		
	K	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	10,00			
R	K	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO NAS ciascuno	15,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
R	K	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	8,00	GR 714/99		
R	K	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	43,00	GR 714/99		
R	K	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	88,00	GR 714/99		
R	K	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	26,00	GR 714/99		
R	K	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	26,00	GR 714/99		
I	K	90.53.6	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI TISSUTALE	19,00	GR 492/2004		
R	K	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	9,00	GR 714/99		
R	K	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	9,00	GR 714/99		
R	K	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	8,00	GR 714/99		
R	K	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	13,00	GR 714/99		
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 L107/9
	K	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	19,00			
	K	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	19,00			
	K	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	17,00			
	K	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	16,00			
	K	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	16,00			
	K	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	19,00			
	K	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	13,00			
	K	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	11,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	19,00			
	K	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) (Totale o libero)	11,00			
I	K	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) LIBERO	11,00	GR 498/2013		
I	K	90.56.7	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] TEST REFLEX	13,00	GR 498/2013		
	K	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	23,00			
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
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
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
	K	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	3,00			
I	K	90.57.6	ANTITROMBINA III IMMUNOLOGICO	7,00			
R	K	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (IPA)	19,00	GR 714/99		
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
R*	K	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	10,00	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	
	K	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb(Sg)Er]	5,00			
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
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
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
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
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
	K	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	7,00			
	K	90.60.2	COMPLEMENTO: C1, C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	7,00	GR 492/2004		
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
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
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
	K	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	2,00			
R	K	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	12,00	GR 714/99		
	K	90.61.3	CYFRA 21-1	22,00			
	K	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	9,00			
	K	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)	8,00			
	K	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA	1,00			
	K	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	4,00			
	K	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	13,00			
R	K	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI/LEUCOCITARI ciascuno	16,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
	K	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	3,00			
R	K	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	12,00	GR 714/99		
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
	K	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO	21,00			
			Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)				
	K	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	4,00			
			Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)				
	K	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGIANDOLARE	19,00			
R	K	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	24,00	GR 714/99		
	K	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	5,00			
R	K	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)	15,00	GR 714/99		
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

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	14,00			
I	K	90.64.6	FATTORE VON WILLEBRAND AG	15,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
	K	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	3,00			
R*	K	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	10,00	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombotiche	
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 L107/9
H	K	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II 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 L107/9
R	K	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	108,00			
	K	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	2,00			
	K	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	4,00			
I	K	90.66.6	EMOGLOBINA ASSETTO (HbF,HbA2,Hb ANOMALE)	30,00	GR 498/2013		
R	K	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	14,00			
R	K	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	13,00			
	K	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]	2,00			
RH	K	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIC (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
	K	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	8,00			
I	K	90.67.6	IgA SECRETORIE [S]	12,00			
	K	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	102,00			
			(Per pannello, fino a 12 allergeni)				
	K	90.68.2	IgE SPECIFICHE : SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	13,00	GR 492/2004		
	K	90.68.3	IgE TOTALI	12,00			
	K	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	16,00			
	K	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	17,00			
I	K	90.68.6	IgE SPECIFICHE per singolo allergene	14,00	GR 492/2004		
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
I	K	90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI ( graminacee, paritaria, olivo, cipresso, alternaria, dermatophagoides pteronissinus, cane, gatto)	88,00	GR 492/2004		
I	K	90.68.9	IgE SPECIFICHE per singolo allergene (RAST molecolare per allergeni ricombinanti e/o nativi)	18,00	gr 498/2013		
Rb	K	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	8,00	GR 714/99		
	K	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	30,00			
R	K	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	17,00	GR 714/99		
	K	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	6,00			
R*	K	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	10,00	GR 714/99	per diagnosi di trombofilia	
I	K	90.69.6	IMMUNOGLOBULINE IGD	12,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
I	K	90.69.7	INTERLEUCHINA 10	20,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
I	K	90.69.8	INTERLEUCHINA 6	20,00	GR 498/2013 GR 673/2013		
R	K	90.70.1	INTERFERONE	23,00			
R	K	90.70.2	INTERLEUCHINA 2	20,00			
	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		
	K	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]	5,00			
	K	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]	1,00			
	K	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	3,00			
Rb	K	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)	8,00	GR 714/99		
	K	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	3,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
R	K	90.71.4	PINK TEST	3,00	GR 714/99		
Rb	K	90.71.5	PLASMINOGENO	12,00	GR 714/99		
	K	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	10,00			
	K	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	10,00			
	K	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	4,00			
	K	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	10,00			
	K	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	10,00			
R	K	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	5,00	GR 714/99		
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
	K	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	5,00			
	K	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	5,00			
	K	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICHE GLOBULARI (Curva)	9,00			
	K	90.74.5	RETICULOCITI (Conteggio) [(Sg)]	6,00			
R	K	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	4,00			
	K	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	2,00			
	K	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	2,00			
	K	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	4,00			
	K	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	3,00			
	K	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	3,00			
*	K	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA (ciascuno)	7,00	GR 492/2004	Per diagnosi di piastrinopatia	
	K	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	3,00			
	K	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	3,00			
	K	90.76.5	TEST DI HAM	5,00			
I	K	90.76.6	TEMPO DI EMORRAGIA - METODO DI DUKE / sg	4,00	GR 492/2004		
	K	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)	3,00			
R*	K	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	10,00	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliche	
R	K	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	36,00	GR 714/99		
R	K	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	36,00	GR 714/99		
R	K	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)	477,00	GR 714/99		
	K	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbeccolina)	4,00			
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
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 L107/99
R	K	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	3,00			
R*	K	90.82.2	TROMBOSSANO B2	6,00	GR 714/99	per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	
	K	90.82.3	TROPONINA I	17,00			
	K	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	1,00			
	K	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	2,00			
*	K	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	27,00		per diagnosi in sindromi da iperviscosità	
	K	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	7,00			
R	K	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS ciascuno	35,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
	K	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.)	13,00			
	K	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	12,00			
			Clostridium difficile o altri batteri anaerobi (ciascuno)				
	K	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.)	13,00			
			In materiali biologici (E.I.A.)				
	K	90.85.4	MICROORGANISMI: ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ciascuno	6,00	GR 492/2004 GR 1216/2004		
			Batteri o altri microrganismi in materiali biologici (Agglutinazione)				
R	K	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ciascuno	3,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
			In materiali biologici (Elettrosinresi)				
AI	K	90.85.6	BATTERI ISOLATI - ANTIBIOGRAMMA (Kirby Bauer, attività battericida C.M.B., associazioni antibiotiche, sensibilità al siero	7,00			
			Campylobacter o altri batteri isolati (ciascuno)				
I	K	90.85.7	STAFFILOCOCCI: METICILLINORESISTENZA FENOTIPICA	4,00			
I R	K	90.85.8	HELICOBACTER PYLORI RICERCA ANTIGENE NELLE FECI	24,00	GR 142/2000		
A	K	90.86.2	AGENTI DI INFEZIONE ISOLATI - IDENTIFICAZIONE IMMUNOLOGICA Nas	7,00			
			Batteri, miceti, micoplasmi, virus, altri agenti di infezione (ciascuno)				
	K	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA - COLTURALE	4,00			
			In liquidi biologici diversi o su isolati.				
	K	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	3,00			
I	K	90.86.8	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA - METODI MECCANIZZATI	3,00			
			In liquidi biologici diversi o su isolati.				
	K	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	5,00			
			Saggio di inibizione della crescita				
	K	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE	3,00			
			Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)				
	K	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	5,00			
I	K	90.88.6	BATTERI : ANTICORPI ( E.A. o NAS) (Ciascuno)	8,00			
	K	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	4,00			
R	K	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	26,00	GR 714/99		
	K	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	27,00			
	K	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	3,00			
	K	90.92.4	ENTAMOEBE HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	16,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca microrganismi e lieviti patogeni	7,00			
	K	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Lactobacilli, Miceti lieviti, Gardnerella Escluso: Neisseria gonorrhoeae	7,00			
	K	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE Ricerca microrganismi e lieviti patogeni comuni Escluso: Neisseria meningitidis	7,00			
I	K	90.93.6	ESAME MICROSCOPICO CAMPIONI PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLA COLTURA (Materiali respiratori)	3,00			
	K	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Batteri aerobi e anaerobi, Miceti, (ciascuno)	12,00			
	K	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Batteri aerobi comuni e miceti. Incluso: Conta batterica	9,00			
	K	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECEI [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	10,00			
	K	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	5,00			
I	K	90.94.6	BATTERI URINARI: IMMUNOGLOBULINE ADESE (test di Thomas)	17,00			
	K	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	7,00			
	K	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	19,00			
	K	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	10,00			
*	K	90.97.2	BATTERI O MICETI ANTICORPI (D.I.D.) ciascuno	12,00	GR 1216/2004	per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	
*	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	
	K	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	4,00			
A	K	90.98.5	MICRORGANISMI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA O OSSERVAZIONE MICROSCOPICA	3,00			
R	K	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	57,00	GR 714/99		
	K	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	11,00			
AR	K	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE O IDENTIFICAZIONE (Met. Radiometrico o fluorimetrico)	16,00	GR 714/99 GR 492/2004		
	K	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	7,00			
	K	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE	4,00			
	K	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE	4,00			
A	K	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	4,00			
A	K	91.05.2	PARASSITI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentrazione o arricchimento o con colorazioni speciali)	14,00	GR492/2004		
I	K	91.05.6	PARASSITI (ciascuno): ANTICORPI (ciascuno) - E.A.	16,00			
ARI	K	91.05.7	MICRORGANISMI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE Actinomiceti, micobatteri, leptospire, legionelle, protozoi, micoplasmi (ciascuno)	9,00	GR 714/99		
RI	K	91.05.8	MICRORGANISMI ISOLATI: TIPIZZAZIONE FINE	37,00	GR 714/99		
AI	K	91.05.9	MICRORGANISMI ISOLATI: IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA O BIOMOLECOLARE Nas Batteri aerobi ed anaerobi, miceti, lieviti, micobatteri, micoplasmi (ciascuno)	11,00			
					GR 498/2013		
I	K	91.06.1	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI MEDIANTE IBRIDAZIONE MULTIPLEX (compresa estrazione DNA e PCR real time)	80,00			
I	K	91.06.7	MICRORGANISMI ISOLATI (ciascuno): ENZIMI (Ciascuno)	3,00			
AI	K	91.06.8	MICRORGANISMI: ANTICORPI (Metodo immunometrico) Batteri, Miceti, Micobatteri, Micoplasmi, Parassiti, (Ciascuno)	10,00			
	K	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	7,00			
	K	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	4,00			
	K	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	5,00			
	K	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	6,00			
	K	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	6,00			
	K	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	16,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	9,00			
RI	K	91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM: ANTICORPI IMMOBILIZZANTI - Test di Nelson	36,00	GR 714/99		
A	K	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR] [TPHA qualitativa]	4,00			
	K	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	5,00			
	K	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE	3,00			
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 498/2013		Accorpa e sostituisce le prestazioni 90.83.4, 91.11.5, 91.12.1
AR	K	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	36,00			
			Citomegalovirus o altri virus				
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		
R	K	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva o Nas)	8,00	GR 714/99		
			Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico				
AI	K	91.13.7	VIRUS (ciascuno): ANTICORPI (ciascuno) (Metodo immunometrico)	9,00			
			Citomegalovirus, Epstein Barr, Rosolia, altri virus				
R	K	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	28,00			
AI	K	91.14.6	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Titolazione mediante agglutinazione	6,00			
RI	K	91.14.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): COSTITUENTI O PRODOTTI - HPLC	29,00	GR 714/99		
RI	K	91.14.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): COSTITUENTI O PRODOTTI - Elettroforesi su gel	12,00	GR 714/99		
A	K	91.14.9	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI (metodo immunometrico) ciascuno	8,00	GR 1216/2004		
			Clostridium difficile, chlamydie, altri batteri antigeni cellulari ed extracellulari, cryptosporidium, virus epatite B antigene HBeAg HBSAg o altri virus antigeni (ciascuno)				
RI	K	91.15.6	AGENTI PATOGENI O TOSSINE O TOSSINOGENESI: Prova biologica o di tossicità (ciascuno)	16,00	GR 714/99		
AI	K	91.15.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,00	GR 1216/2004		
			Miceti, Batteri, Virus, Parassiti, (ciascuno)				
I	K	91.15.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Nas ciascuno	10,00	GR 1216/2004		
I	K	91.15.9	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Immunolettroscopia ciascuno	12,00	GR 1216/2004		
AI	K	91.16.6	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) ciascuno	14,00	GR 1216/2004		
AI	K	91.16.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTIGENI (Mediante I.F.) ciascuno	14,00	GR 1216/2004		
AI	K	91.16.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Mediante emoagglutinazione passiva o inibizione dell'emoagglutinazione) ciascuno	8,00	GR 1216/2004		
I	K	91.16.9	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTIGENI - IEOP	9,00			
	K	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI ciascuno	10,00	GR 1216/2004		
	K	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	11,00			
R	K	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	63,00			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
R	K	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	36,00			
	K	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	9,00			
	K	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	10,00			
	K	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	10,00			
	K	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	10,00			
R	K	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	24,00			
R	K	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	63,00	GR 714/99		
R	K	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	77,00			
	K	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	9,00			
R	K	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	70,00	GR 714/99		
R	K	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	77,00			
	K	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	13,00			
	K	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	22,00			
	K	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	18,00			
	K	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	8,00			
	K	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	9,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	K	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	8,00			
R	K	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	63,00			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
R	K	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	77,00			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
	K	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	9,00			
R	K	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	70,00	GR 714/99		
RI	K	91.22.6	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 IMMUNOCOMPLESSI - IMMUNOMETRICO	22,00	GR 714/99		
R	K	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	86,00	GR 714/99		
R	K	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	22,00	GR 714/99		
R	K	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	26,00	GR 714/99		
R	K	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	70,00	GR 714/99		
R	K	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	63,00	GR 714/99		
I	K	91.23.6	HIV FARMACORESISTENZA (compresa estrazione RNA e PCR)	225,00	GR 498/2013		
AR	K	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido o osservazione in microscopia elettronica)	28,00	GR 714/99		
AR	K	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,00	GR 714/99		
			Herpes, Herpes/Varicella, Citomegalovirus, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio				
R	K	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	63,00			
	K	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	3,00			
RI	K	91.27.6	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI - IMMUNOISTOCHEMICA ciascuno	52,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
RI	K	91.27.7	AGENTI DI INFEZIONE - GENOTIPIZZAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	77,00	GR 714/99		
R	K	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	130,00			
			Con agente clastogenico "in vitro"				
R	K	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	124,00			
R	K	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	120,00			
R	K	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	113,00			
R	K	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	124,00			
R	K	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	127,00			
R	K	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO	65,00			
			Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi				
R	K	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	57,00			
			Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi				
R	K	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	120,00			
			Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate				
R	K	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	120,00			
			Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate				
R	K	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	159,00			
			Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)				
R	K	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str. VNTR)	128,00			
			Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)				
R	K	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	156,00			
			(Blocchi di circa 400 bp)				
R	K	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE	115,00			
			1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)				
R	K	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.)	93,00			
			1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)				
R	K	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO	112,00			
			1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
R	K	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	93,00			
R	K	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	111,00			
R	K	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	112,00			
R	K	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	29,00			
R	K	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	29,00			
R	K	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	25,00			
R	K	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	28,00			
R	K	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	29,00			
R	K	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	27,00			
R	K	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	25,00			
R	K	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	26,00			
R	K	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	29,00			
R	K	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	89,00			
R	K	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	88,00			
R	K	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	119,00			
R	K	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	144,00			
R	K	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	123,00			
R	K	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	96,00			
R	K	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	80,00			
R	K	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	119,00			
R	K	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	93,00			
R	K	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	83,00			
R	K	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	120,00			
R	K	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X. A REPLICAZIONE TARDIVA Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	59,00			
R	K	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	41,00			
R	K	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	33,00			
R	K	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	33,00			
R	K	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	42,00			
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
R	K	91.37.1	IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE	82,00			
R	K	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sequenze genomiche in YAC	283,00			
R	K	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	186,00			
R	K	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	150,00			
R	K	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari painting	186,00			
R	K	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	121,00			
R	K	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	121,00			
R	K	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	121,00			
R	K	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	47,00			
NOTA PER CODICI DAL 91.39.A a 91.48.3.							

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
<p>Per i codici dal 91.39.A al 91.48.3 si precisano le seguenti indicazioni per l'esecuzione della prestazione e l'applicazione delle regole di compartecipazione alla spesa sanitaria.</p> <p>Biopsia semplice: comprende prelievi sub centimetrici o frustoli di tessuto prelevati da un'unica sede anatomica/escissione parziale della lesione.</p> <p>neoformazione: comprende l'intera lesione, in caso di lesioni multiple vengono conteggiati i campioni.</p> <p>campione": La dizione " per campione" indica i campioni inviati al Patologo in contenitori separati e/o distinti per sottosede anatomica o per topografia settoriale come specificato dal Clinico stesso nella richiesta di esame. La prestazione ambulatoriale è conteggiata e tariffata con riferimento a ciascun separato contenitore/campione.</p> <p>Per prelievo si intende il singolo frammento biologico inviato a fini diagnostici. Uno stesso contenitore/campione può contenere più prelievi qualora ritenuto utile dal Clinico.</p> <p>Più frammenti derivati dalla medesima sede possono essere inseriti nello stesso contenitore. Nel caso la prestazione richieda l'effettuazione di prelievi multipli in zone anatomiche diverse di uno stesso organo (es. mapping della prostata: apice, lobi, base).</p> <p>Il medico prescrittore riporta nella ricetta il numero di campioni e le relative sedi di derivazione. La ricetta può riportare tante prestazioni quanti sono i campioni per sedi anatomiche differenti, fino ad un massimo di 8. Per gli esami citologici la tariffa remunera il numero di campioni.</p> <p>Le tariffe delle prestazioni istopatologiche e citodiagnostiche sono comprensive di eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunohistochemiche ritenute necessarie per la completezza del referto.</p>							
R	K	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	20,00	GR 498/2013		
			(per campione)				
I	K	91.39.A	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE: APPARATO GENITALE	15,00			
			sostituisce cod. 91.38.5				
IR	K	91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE APPARATO RESPIRATORIO	45,00			
			sostituisce cod. 91.39.2				
IR	K	91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE APPARATO RESPIRATORIO	45,00			
			sostituisce cod. 91.39.1				
IR	K	91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE SIEROSE	45,00			
			sostituisce cod. 91.39.3				
IR	K	91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CONVENZIONALE APPARATO DIGERENTE	40,00			
IR	K	91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO - CONVENZIONALE: APPARATO DIGERENTE	54,00			
			sostituisce la 91.39.1				
IR	K	91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: ORGANI PROFONDI	52,00			
			sostituisce cod. 91.39.1				
IR	K	91.39.H	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO - CONVENZIONALE: CUTE	36,00			
IR	K	91.39.J	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO - CONVENZIONALE: MAMMELLA	38,00			
IR	K	91.39.K	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: MAMMELLA	46,00			
			sostituisce cod. 91.39.1				
IR	K	91.39.L	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: TESSUTO EMOPOIETICO	55,00			
			sostituisce i codici 90.63.3 e la 91.39.1				
IR	K	91.39.M	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: LIQUOR	42,00			
			sostituisce cod. 91.39.1				
IR	K	91.39.N	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO CONVENZIONALE: TIROIDE	59,00			
			sostituisce cod. 91.39.1				
IR	K	91.39.P	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO/ESFOLIATIVO SU STRATO SOTTILE NAS	25,00			
IR	K	91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI - BIOPSIA SEMPLICE	38,00			
			(per campione)				
			sostituisce i codici: 91.39.5, 91.40.1				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

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

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
IR	K	91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	44,00			
IR	K	91.42.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	53,00			
IR	K	91.42.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	112,00			
IR	K	91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO -BIOPSIA SEMPLICE OSSEA (per campione)	39,00			
IR	K	91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO - BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH (per campione)	98,00			
			sostituisce cod. 91.42.3				
IR	K	91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	23,00			
IR	K	91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	86,00			
IR	K	91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO - BIOPSIA SEMPLICE (per campione )	55,00			
			sostituisce i codici: 91.42.5, 91.43.1, 91.43.2, 91.43.3 e 91.43.4				
IR	K	91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. - BIOPSIA DI NERVO PERIFERICO (per campione)	40,00			
			sostituisce il cod. 91.48.2				
IR	K	91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE - BIOPSIA SEMPLICE (per campione)	47,00			
			sostituisce il cod. 91.42.4				
IR	K	91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	59,00			
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			
IR	K	91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE (per campione)	45,00			
			sostituisce il cod. 91.46.4				
IR	K	91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche)	229,00			
IR	K	91.43.F	ES. ISTOPATOLOGICO APP. GENITALE - RESEZIONE ENDOSCOPICA PROSTATICA (TURP)	157,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
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			
IR	K	91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO - BIOPSIA RENALE (per campione)	66,00			
IR	K	91.43.J	ES. ISTOPATOLOGICO APP. URINARIO - RESEZIONE ENDOSCOPICA TRANSURETRALE VESCICALE (TUR)	117,00			
IR	K	91.44.A	ES. DI IMMUNOFLUORESCENZA DIRETTA (DIF) SU CUTE (IGG, IGA, IGM, C3)	106,00			
IR	K	91.44.B	ES. DI IMMUNOFLUORESCENZA DIRETTA (DIF) SU RENE (IGG, IGA, IGM, C3, C4, C1Q, FIBRINOGENO)	162,00			
IR	K	91.44.C	ES. IMMUNOISTOENZIMATICO: COLORAZIONE ROSSO CONGO PER RICERCA AMILOIDE SU GRASSO PERIOMBELICALE (citologico o istologico)	32,00			
R	K	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE ( S.E.M.,T.E.M.)	168,00			
			<b>PRELIEVI</b>				
	K	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	4,00	GR 926/2006		
	K	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	6,00	GR 926/2006		
	K	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	4,00	GR 926/2006		
	K	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	4,00	GR 926/2006		
	K	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	4,00	GR 926/2006		
RI	K	91.50.1	10-OH-CARBAMAZEPINA	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.2	ALPRAZOLAM	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.3	BROMAZEPAM	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.4	CARBAMAZEPINA E METABOLITA /S	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.5	CLOBAZAM /S	42,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.6	CLOMIPRAMINA /S	24,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.7	CLONAZEPAN /S	10,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.8	CLORDIAZEPOSSIDO	24,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.50.9	CLOZAPINA	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.1	DAUNORUBICINA	17,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.2	DIAZEPAM /S	29,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.3	DOXEPIN	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.4	DOXORUBICINA	17,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.5	EPIDRUBICINA	17,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.6	FLUNITRAZEPAM	14,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.7	FLURAZEPAM	14,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.8	IDARUBICINA	26,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.51.9	LAMOTRIGINA	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.1	LEVETIRACETAM	24,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.2	MAPROTILINA	37,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.3	NITRAZEPAM /S	29,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.4	OXAXEPAM	29,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.5	OXCARBAZEPINA /S	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.6	PAROXETINA	12,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.7	SULTIAM	23,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.8	TRIMIPRAMINA	52,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.52.9	5-FLUOROURACILE	13,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.1	5-FLUORO-5,6-DIIDROURACILE	12,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.2	ACIDO MICOFENOLICO	12,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.3	SIROLIMUS	20,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.4	TIOPURINA METILTRANSFERASI (ATTIV.)	86,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.5	DIIDROPIRIMIDINA DEIDROGENASI (ATTIV.)	126,00	GR 926/2006		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.6	GANCICLOVIR	27,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia

**NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO**

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
RI	K	91.53.7	IRINOTECANO	38,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.8	SN-38	38,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.53.9	TEICOPLANINA	11,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.54.1	VORICONAZOLO	11,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.54.2	BUSULFANO	55,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.54.3	GABAPENTIN	58,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.54.4	SN-38 GLUCORONATO	84,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
RI	K	91.54.5	LINEZOLID	31,00	GR 926/2006 GR 420/2007		Prestazione erogata in laboratori di farmacologia
			<b>DERMATOLOGIA E ALLERGOLOGIA</b>				
	F	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	7,00			
	F	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	6,00			
	F	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	5,00			
	F	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI ( (Prick test) (Fino a 7 allergeni)	12,00	DGR 526/2012		
	F	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 25 allergeni)	33,00	DGR526/2012		
	F	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (Fino a 7allergeni)	62,00	DGR 526/2012		
I	F	91.90.7	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI	21,00			
			Per seduta				
I	F	91.90.8	PROVE ALLERGOLOGICHE CUTANEE PER VELENO DI IMENOTTERI	63,00	DGR 526/2012		
			Incluso: tutte le prove in vivo per la diagnosi				
I	F	91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO ( OPEN TEST) (per singolo allergene)	12,00	DGR 526/2012		
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		
I	F	91.90.B	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	69,00	DGR 526/2012		
		<b>92</b>	<b>MEDICINA NUCLEARE</b>				
		<b>92.01</b>	<b>SCINTIGRAFIA TIROIDEA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO</b>				
	G	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	45,00			
	G	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	46,00			
	G	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	34,00			
	G	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	180,00			
		<b>92.02</b>	<b>SCINTIGRAFIA EPATICA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO</b>				
	G	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni)	65,00			E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni eseguite per raggiungere il risultato diagnostic
			In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5				
	G	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE	115,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5				
	G	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	104,00			
	G	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	155,00			
			In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5				
	G	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA	26,00			
			In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco				
		<b>92.03</b>	<b>SCINTIGRAFIA RENALE E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO</b>				
	G	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE	57,00			La prestazione si intende bilaterale
			In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5				
	G	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	23,00			
			In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco				
	G	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	112,00			
			Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche				
			Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale				
	G	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE	74,00			
			Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta				
	G	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE	41,00			
			In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco				
		<b>92.04</b>	<b>SCINTIGRAFIA GASTROINTESTINALE E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO</b>				
	G	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	64,00			
	G	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	52,00			
	G	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	93,00			
	G	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	103,00			
	G	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	61,00			
		<b>92.05</b>	<b>SCINTIGRAFIA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO EMOPOIETICO E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO</b>				
	G	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	187,00			
	G	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	52,00			
			In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3				
	G	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	98,00			
			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				
	G	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	129,00			
			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				
	G	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	90,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	G	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	108,00			
		<b>92.09</b>	<b>ALTRI STUDI DI FUNZIONE CON RADIOISOTOPI</b>				
*	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)	
						perfusione miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
	G	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	135,00			
	G	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	41,00			
			In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco				
	G	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	46,00			
	G	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	179,00			
	G	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	144,00			
	G	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	221,00			
		<b>92.1</b>	<b>ALTRE SCINTIGRAFIE</b>				
	G	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	98,00			
	G	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	126,00			
	G	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	129,00			
	G	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	207,00			
	G	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	239,00			
*	G	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	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	
			Studio qualitativo			non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
*	G	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	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	
			Studio quantitativo			non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
	G	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	191,00			
			Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide				
		<b>92.14</b>	<b>SCINTIGRAFIA DELLE OSSA</b>				
	G	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	58,00			
	G	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	78,00			
I	G	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA OSSEA	36,00			
			In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco				
		<b>92.15</b>	<b>SCINTIGRAFIA POLMONARE</b>				
	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
	G	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	199,00			
	G	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE	23,00	GR 508/97		
			Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)				
	G	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	169,00			
	G	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE	35,00			
			In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
		<b>92.16</b>	<b>SCINTIGRAFIA DEL SISTEMA LINFATICO</b>				
	G	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	111,00			
		<b>92.18</b>	<b>SCINTIGRAFIA TOTAL BODY</b>				
	G	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	214,00			
	G	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	113,00			
	G	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	137,00			
	G	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	252,00			
	G	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	413,00			
	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 <u>trattamento chemio/radioterapico successivamente</u> a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico.	
		<b>92.19</b>	<b>SCINTIGRAFIA DI ALTRE SEDI</b>				
	G	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	259,00			
	G	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	293,00			
	G	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	52,00			
	G	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	86,00			
	G	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY	25,00			
			Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali				
I	G	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI	169,00			
I	G	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CON INDICATORI POSITIVI	36,00			
			In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco				
		<b>92.2</b>	<b>RADIOLOGIA TERAPEUTICA E MEDICINA NUCLEARE</b>				
			Incluso: l'uso di accessori standard non personalizzati (schermature, compensatori, sistemi di immobilizzazione) per applicazioni radioterapeutiche.				
	X	92.21.1	ROENTGENERAPIA	8,00			
			Per seduta				
		<b>92.23</b>	<b>TELECOBALTOTERAPIA</b>				
			Uso di: Unità di Cobalto 60				
	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). <u>Localizzazione metastatiche distanti</u> costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO per seduta o per focolaio trattato	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). <u>Localizzazione metastatiche distanti</u> costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	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). <u>Localizzazione metastatiche distanti</u> costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
		<b>92.24</b>	<b>TELERADIOTERAPIA MEDIANTE FOTONI X DI MEGAVOLTAGGIO</b>				
			Uso di: Acceleratore lineare				
	X	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI per seduta e per focolaio trattato	36,00			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). <u>Localizzazione metastatiche distanti</u> costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	X	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	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
			CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	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
			CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
*	X	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA in seduta unica ( cranica ed extracranica)	2.200,00	GR 1492/97 GR 492/2004 GR 876/2010	La prestazione è indicata nei casi di lesione uguale o inferiore a 3 cm. del maggior asse. <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.	
*I	X	92.24.5	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA ( cranica ed extracranica) in seduta unica	1.980,00	GR 492/2004 GR 876/2010	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.	

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
*1	X	92.24.6	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (cranica ed extracranica) seduta successiva alla prima (fino ad un massimo di tre sedute)	600,00	GR 492/2004 GR 876/2010	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.	
		<b>92.25</b>	<b>TELERADIOTERAPIA CON ELETTRONI</b>				
			Teleterapia con acceleratore lineare				
	X	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
			Per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
*	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
							costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
		<b>92.27</b>	<b>IMPIANTO O INSERZIONE DI ELEMENTI RADIOATTIVI</b>				
	X	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
			CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
			CON IMPIANTO PERMANENTE per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
			Per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
			CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	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). <b>Localizzazione metastatiche distanti</b>
			Per seduta e per focolaio trattato				costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
		<b>92.28</b>	<b>INIEZIONE O INSTILLAZIONE DI RADIOISOTOPI</b>				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Endocavitari, endovenosi				
	X	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	68,00			La prestazione deve intendersi erogabili nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
			Fino a 370 MBq				
	X	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	15,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
			Per ogni 370 MBq successivi				
	X	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	180,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
	X	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	527,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
			Fino a 185 MBq				
	X	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	220,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
			Per ogni 185 MBq successivi				
*	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
		<b>92.29</b>	<b>ALTRE PROCEDURE RADIOTERAPEUTICHE</b>				
	X	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	54,00			
			Con simulatore radiologico				
			(intero trattamento)				
	X	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	98,00			
			Con TC simulatore o TC				
			In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1)				
			(intero trattamento)				
	X	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	129,00			
			Con RM				
			In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2)				
			(intero trattamento)				
	X	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	24,00			
			Calcolo della dose in punti				
	X	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	90,00			
			In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)				
	X	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	12,00			
			Controllo fisico della ripetibilità del trattamento				
			Controllo fisico per radioprotezione				
	X	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	48,00			
			(intero trattamento)				
	X	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	101,00			
			(intero trattamento)				
	X	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI	87,00			
			(intero trattamento)				
	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		
		<b>93</b>	<b>TERAPIA FISICA, TERAPIA RESPIRATORIA, RIABILITAZIONE E PROCEDURE CORRELATE</b>				
	L		PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA		DGR 595/2005	I pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitativa sono da erogarsi nelle modalità previste in allegato	

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
I *	L	93.01.5	VALUTAZIONE 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 Felichetonuria	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
			Escluso: stesura di programma nutrizionale (93.89.5)			ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione	
			Incluso: controllo terapia dietetica				
	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
I	L	93.07.1	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA	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
			Valutazione della composizione corporea con metodo antropometrico e plicometrico				
	O	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	16,00			
			Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo				
			Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)				
	O	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA	16,00			
			Densità delle fibre				
	O	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA	16,00			
			Esame ad ago				
	OY	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]	16,00			
			Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)				
	LO	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	11,00			
			H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi eterocettivi agli arti, Riflessi tendinei				
			Incluso: EMG				
	O	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	11,00			
			Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon				
			Incluso: EMG				
	O	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	11,00			
			Incluso: EMG				
	O	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	11,00			
			Incluso: EMG				
	LO	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	11,00			
			Per nervo				
	LO	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	11,00			
			Per nervo				
	L	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI	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.
			Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) escluso: Prestazione effettuata con drenaggio posturale (93.99)				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

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	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.
	S	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito	8,00			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
	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
	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		
*	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, Ingorghi 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.
	A	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (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 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
	S	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI Trazione: con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	4,00			
I	L	93.49.2	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO (Compreso materiale)	13,00			
	S	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	31,00			
	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			
	S	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO Busto gessato	31,00			
	S	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE Antibraccio-mano Gamba e piede	8,00			
	S	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	14,00			
	S	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	26,00			
	S	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	19,00			
	S	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	13,00			
	S	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	23,00			
	S	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	12,00			
	S	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE Applicazione di stecca di Zimmer	6,00			
	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
	S	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	26,00			
	S	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	22,00			
	S	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	8,00			
	S	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	14,00			
	S	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	22,00			
	S	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO	18,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Desault, So-Bar				
	D	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute)	10,00	GR 802/99		
I	L	93.59.1	COSTRUZIONE SPLINT DINAMICO (Compreso materiale)	21,00			
	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
	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
I *	L	93.89.5	TERAPIA DIETETICA	11,00		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	
			Per seduta individuale di 50 min. Stesura del programma nutrizionale			ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione	
			Incluso: valutazione dietetica se contestuale alla stesura del programma nutrizionale				
I	L	93.89.6	TERAPIA EDUCAZIONALE STOMIZZATI	10,00	GR 153/98		
			incluso: addestramento all'uso di protesi, controllo di stomia e irrigazione colostomia				
	V	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	6,00			
			Per seduta				
	U	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE	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
			Aerosolterapia per seduta (ciclo di dieci sedute)				
*	A	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA	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:	La tariffa remunera la prestazione indipendentemente dalla sua durata da intendersi comunque non inferiore a 60 minuti
			Per seduta, comprensiva delle visite specialistiche connesse all'effettuazione dell'intero ciclo di prestazioni ( fino ad un max di dodici sedute)			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,	
			Escluso: Ossigenazione locale di ferita			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	
	V	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE	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
			Drenaggio posturale (compreso rieducazione respiratoria)				
			Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)				
	V	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI	8,00			
			Per seduta				
		94	PROCEDURE RELATIVE ALLA PSICHE				
	W	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	10,00			
	OW	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	16,00			
			M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET				
			Incluso: Test intellettivi per l'età evolutiva				
	OW	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	6,00			
			Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine				
	OW	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	6,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	OW	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	6,00			
	OW	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	6,00			
	W	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	8,00			
	O	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	28,00			
	W	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	6,00			
	W	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	6,00			
	W	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO per seduta (ciclo massimo di otto)	19,00	GR 1216/2004		
	W	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Visita psichiatrica o neuropsichiatrica infantile di controllo	15,00			
	W	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO Colloquio psichiatrico o di neuropsichiatria infantile per seduta (ciclo massimo di otto)	19,00	GR 1216/2004		
	W	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE per seduta (ciclo massimo di otto)	20,00	GR 1216/2004		
	A	94.32	IPNOTERAPIA per seduta (ciclo massimo di otto) Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	16,00	GR 1216/2004		
	W	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Psicoterapia familiare o di coppia Per seduta (ciclo massimo di otto)	24,00	GR 1216/2004		
	W	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante (ciclo massimo di otto)	10,00	GR 1216/2004		
		<b>95</b>	<b>DIAGNOSI E TRATTAMENTI OFTALMOLOGICI O OTOLOGICI</b>				
	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
	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
	P	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	58,00			
	P	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica	17,00			
	P	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	8,00			
	P	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	8,00			
	P	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	8,00			
	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

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	P	95.09.2	ESOFALMOMETRIA	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
	P	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	8,00			
	P	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	4,00			
			Per occhio				
	P	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	4,00			
	P	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE ANGIOGRAFIA IRIDEA	47,00	GR 268/2002		
I	P	95.12.1	ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA	220,00	GR 268/2002		
	P	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	20,00			
			Ecografia				
			Ecobiometria				
	P	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	39,00			
	P	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	31,00			
			Con conta cellule endoteliali				
	H	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	16,00			
	P	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	16,00			
I	P	95.17	TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA, ANALIZZATORE RETINICO	90,00	GR 268/2002		
	P	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO	8,00			
			Test di Hess - Lancaster				
			Escluso: Test con polisinnogramma (89.17)				
	P	95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	34,00			
	P	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	34,00			
	P	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	24,00			
			Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi				
	P	95.23.1	INTERFEROMETRIA	8,00			
	U	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	19,00			
	U	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	26,00			
	P	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	31,00			
	P	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	8,00			
	P	95.35	TRAINING ORTOTTICO	6,00			
			Per seduta				
	U	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	10,00			
	U	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	10,00			
	U	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	21,00			
	U	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	12,00			
	U	95.42	IMPEDENZOMETRIA	9,00			
	U	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA	26,00			
			Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi				
			feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber				
	U	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	17,00			
			Esame clinico con prove caloriche				
	U	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	17,00			
			Test posizionali o rilievo segni spontanei				
	U	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	33,00			
			Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico				
	U	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	17,00			
			Prove audiometriche sopraliminari				

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	U	95.47	ESAME DELL' UDITO 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
	U	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO	12,00			
			Audiometria tonale protesica				
			Audiometria vocale protesica				
			Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito				
	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
	U	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	13,00			
	U	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	24,00			
	U	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	20,00			
		96	<b>INTUBAZIONI E IRRIGAZIONI NON OPERATORIE</b>				
	T	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	10,00			
	T	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	10,00			
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
	C	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	12,00			
	C	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	12,00			
	RY	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA	10,00	GR 802/99		
			Instillazione di supposta prostaglandinica				
			Instillazione di chemioterapici intravescicali per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto)				
	P	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO	4,00			
			Irrigazione corneale				
			Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)				
	U	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO	8,00			
			Irrigazione con rimozione di cerume				
	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
	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
	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.
	M	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	16,00			
			Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso				
	UZ	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	4,00	GR 802/99		
			Pulizia di ferita NAS per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute)				
			Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)				
I *	Z	96.61	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA	31,00		La prestazione è indicata per pazienti non in grado di assumere l'apporto minimo nutrizionale nei casi di	La prestazione è comprensiva di tutti i materiali e prodotti utilizzati nella terapia

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Per giornata di terapia			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	
		<b>97</b>	<b>SOSTITUZIONE E RIMOZIONE DI SUSSIDIO TERAPEUTICO</b>				
	S	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TEGUMENTARIO	10,00			
			Riparazione apparecchi gessati				
	M	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE	16,00			
			Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere				
	Q	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	17,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
			Rimozione di corona isolata, Rimozione di elemento protesico				
	T	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	10,00			
	M	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	10,00			
	S	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	10,00			
			Rimozione di supporto, gesso, stecca				
		<b>98</b>	<b>RIMOZIONE NON OPERATORIA DI CORPO ESTRANEO O CALCOLO</b>				
	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.
A	J	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, STOMACO	62,00	GR 268/2002		la prestazione accorpa anche la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 98.02
			INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE				
			Incluso: Endoscopia				
	J	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE	30,00			
			Incluso: Endoscopia				
	U	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE	9,00			
	U	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE	9,00			
	U	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE	16,00			
	U	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE	16,00			
			Incluso: Laringoscopia				
	V	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE	19,00			
	T	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE	24,00			
			Incluso: Isteroscopia				
			Escluso: Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)				
	T	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE	11,00			
	C	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	11,00			
	Y	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE	36,00			
			Incluso: Uretroscopia				
	C	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	8,00			

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
	P	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	8,00			
	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			
	T	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE	8,00			
	Y	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	8,00			
	C	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE	8,00			
	C	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	8,00			
	C	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	8,00			
	C	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	8,00			
	C	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE	8,00			
I	J Y	98.5	LITROTRIPSIA EXTRACORPOREA	150,00	GR 492/2004		
		99	<b>ALTRE PROCEDURE NON OPERATORIE</b>				
	K	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
H	K	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	26,00			
		99.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE Incluso: Iniezione o infusione somministrata per via: ipodermica, intramuscolare, endovenosa. Con azione locale o sistemica				
	Z	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	18,00	GR 1492/97		La prestazione si riferisce alla singola somministrazione di mantenimento, ripetuta nel tempo, delle immunoterapie specifiche.
			per somministrazione		GR 526/2012		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
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
	Z	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Z	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
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	La prestazione è comprensiva di tutti i materiali e prodotti utilizzati nella terapia
		99.2	<b>INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE</b> Incluso: Iniezione o infusione somministrata per via: ipodermica, intramuscolare, endovenosa. Con azione locale o sistemica Utilizzare un codice aggiuntivo per: iniezione all'interno di: cavità toracica (34.92) cavità intraperitoneale (54.97) articolazioni (81.92) Escluso: Iniezione di radioisotopi (92.28)				
	R	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone	10,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Impianto sottodermico di progesterone				
			Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni				
	R	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	12,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
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
	R	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICAPICHE PER TUMORE,	400,00	GR 1394/2003		La tariffa è comprensiva del costo del farmaco
			NON CLASSIFICATE ALTROVE				
	N	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	11,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	BE	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	11,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	7,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	7,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	8,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	S	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	8,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
*	A	99.29.7	MESOTERAPIA	7,00		La prestazione è indicata per patologie osteoarticolari	La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	8,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	O	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	10,00			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		99.7	<b>AFERESI TERAPEUTICA</b>				
H	K	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	439,00			
H	K	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	403,00			
H	K	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	373,00			
H	K	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE per seduta (ciclo di sei sedute)	44,00			
H	K	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00			
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	
H I	K	99.79.2	AFERESI DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	413,00			
		99.8	<b>MISCELLANEA DI PROCEDURE FISICHE</b>				
	F	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	2,00	GR 207/99		La prestazione è riferita ad applicazioni oltre che sui segmenti corporei (colonna cervicale, dorsale, lomabare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro) anche sulle grandi articolazioni (caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla)
			Fototerapia (UVA, UVB)				
			Per seduta (ciclo di sei sedute)				
I	F	99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA	8,00	GR 207/99		
			Puva terapia				
			Per seduta (ciclo di sei sedute)				
	X	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE	66,00			
			Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore				
H	K	99.88	FOTOFERESI TERAPEUTICA	665,00	GR 207/99 GR 926/06		
			Fotocemioterapia extracorporea, fotoferesi extracorporea				
			Escluso: Altra fototerapia, terapia a luce ultravioletta (99.82)				
		99.9	<b>ALTRE PROCEDURE VARIE</b>				
	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
	Y	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	6,00			
	Y	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	6,00			
	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
	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	22,00	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.

NOMENCLATORE REGIONALE TARIFFARIO

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato nomenclatore)	NOTE
			Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci,				La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte				
	<b>1</b>	<b>C.1</b>	<b>MEDICINE COMPLEMENTARI</b>				
I		1 C.01.1	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: agopuntura	24,00	GR 652/11		
I		1 C.01.2	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: fitoterapia	24,00	GR 652/11		
I		1 C.01.3	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: omeopatia	24,00	GR 652/11		
I		1 C.01.4	VISITA DI MEDICINA COMPLEMENTARE: medicina manuale	24,00	GR 652/11		
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
		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.
		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
		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
		1 C.06	Disassuefazione dal fumo	200,00	GR 652/11		Tariffa per 4 sedute
	<b>2</b>	<b>T</b>	<b>INTERVENTI DI DISSUEFAZIONE DAL FUMO</b>				
		2 T.01	Valutazione iniziale	26,00	GR 655/2005		
		2 T.02	Programma individuale	100,00	GR 655/2005		
		2 T.03	Programma di gruppo	35,00	GR 655/2005		