

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 dicembre 2023, n. 1963

Recepimento del nuovo tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali definite con D.M. 23 giugno 2023 – avente ad oggetto: “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” - Parziale modifica ed integrazione della DGR n.403 del 15 marzo 2021

L’Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, sulla base dell’istruttoria espletata dall’Istruttore Amministrativo, dai Dirigenti dei Servizi “Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale – Rapporti istituzionali e capitale umano SSR”, “Strategie e Governo dell’Assistenza Ospedaliera Gestione Rapporti convenzionali” e confermata dal Dirigente della Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta”, riferisce quanto segue.

- Visto l’art. 8 -sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, recante «*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*», che prevede le modalità ed i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie;
- Visto l’art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dall’art. 1, comma 578, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il quale prevede che, ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati al fine di governare i volumi di attività e dei tetti di spesa. Nella remunerazione al singolo erogatore è vietata l’applicazione di livelli di remunerazione complessivi diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità, sia intraregionale che interregionale, e prevede che siano nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;
- Visto l’accordo sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2011 (rep. atti n. 61/CSR), con cui è stato approvato il documento contenente i criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta diagnostica di laboratorio, come peraltro già prescritto a livello normativo dall’art. 1, comma 796, lettera o), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, nella parte in cui espressamente prevedeva che «*le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell’adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell’efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate*»;
- Visto l’art. 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, il quale: al comma 15, introduce una procedura, in deroga a quella prevista dall’art.8-sexies, comma 5, del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale e, in particolare, prevede che «*il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all’art. 8 -quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell’esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale*»;
- Visto il decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, recante «*Remunerazione prestazioni di assistenza*

ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale» che ha provveduto a determinare, in attuazione dell'art. 15 del più volte citato decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, le tariffe nazionali massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale, valide per gli anni 2012-2014, nonché ad individuare, in applicazione dell'art. 8 -sexies, comma 5, del decreto legislativo n. 502 del 1992, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

- Vista l'intesa sancita il 10 luglio 2014 tra il Governo, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il «*Patto per la salute per gli anni 2014-2016*» (rep. atti n. 82/CSR), all'art. 9 (Sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie);
- Visto il decreto del Ministro della salute 18 gennaio 2016, che ha istituito e nominato la commissione permanente di cui all'art. 9 del Patto per la salute 2014-2016 e, in particolare, l'art. 2, comma 4, laddove prevede che la commissione, nel corso dello svolgimento della propria attività, è tenuta a sentire le associazioni di categoria e le società scientifiche ed ha la facoltà, ove se ne ravvisi la necessità, di avvalersi di esperti;
- Visti i successivi decreti del Ministero della salute del 26 maggio 2022 e del 21 giugno 2022 con i quali si è proceduto a prendere atto degli avvicendamenti intervenuti all'interno della commissione permanente di cui all'art. 9 del Patto per la salute 2014-2016;
- Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante «*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, ai sensi dell'art. 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, che disciplinano interamente le relative materie;
- Visti, in particolare, gli articoli 15 e 16 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, con il correlato allegato 4, che riporta l'elenco di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale garantite dal Servizio Sanitario Nazionale;
- Visto l'art. 64 del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, commi 2 e 3, laddove si prevede che «*le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui agli articoli 15 e 16 e relativi allegati, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8 -sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni*» e che «*Le disposizioni in materia di erogazione di dispositivi protesici inclusi nell'elenco 1 di cui al comma 3, lettera a), dell'art. 17, entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, da adottarsi ai sensi dell'art. 8 -sexies, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni previste dalle medesime disposizioni*»;

Visti, altresì:

- la D.G.R. 15 settembre 2021, n. 1466 recante l'approvazione della Strategia regionale per la parità di genere, denominata "Agenda di Genere";
- la D.G.R. del 03/07/2023 n. 938 del Registro delle Deliberazioni recante D.G.R. n. 302/2022 "Valutazione di impatto di genere. Sistema di gestione e di monitoraggio". Revisione degli allegati.

- Rilevato che con D.M. del 23 giugno 2023, avente ad oggetto: *“Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”*, in applicazione dell’art. 8-sexies, commi 5 e 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sono state, tra l’altro, definite le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, individuate sulla base del percorso metodologico richiamato, per branche, nella relazione allegata al succitato decreto, che ha visto coinvolti anche le associazioni di categoria dei privati accreditati e le società scientifiche;
- Accertato che le tariffe massime nazionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale necessarie per completare l’entrata in vigore dei LEA definiti nel 2017, sono quelle ricomprese nell’allegato 4) del DPCM del 12 gennaio 2017 e individuate e tariffate nell’allegato 2) al DMS 23 giugno 2023. Il DPCM 12 gennaio 2017 (Allegato 4) di definizione dei LEA provvede all’aggiornamento del nomenclatore disciplinato dal DM 22 luglio 1996, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete.
- Preso atto che con deliberazione di Giunta regionale n. 403 del 15/03/2021 è stato adottato il provvedimento ricognitivo delle tariffe vigenti nella Regione Puglia di cui agli allegati di seguito riportati:
 - Allegato A): prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti;
 - Allegato B): prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie;
 - Allegato C): prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale (comprensive dei day - service);
 - Allegato D): attività di ricovero complesse, come da Tariffa TUC;
 - Allegato E): condizioni di appropriatezza e qualità: previsione di abbattimenti tariffari.
- Con deliberazione n. 560 del 06.04.2021, la Giunta regionale ha approvato l’*“Accordo conciliativo in materia di tariffe da applicarsi alle prestazioni dialitiche erogate a far tempo dal 1° gennaio 2018”* sottoscritto con le strutture private accreditate. Tale Accordo ha stabilito, tra l’altro che, a far tempo dal 1° gennaio 2021, le prestazioni identificate con i codici 39.95.4, 39.95.5 e 39.95.7, sarebbero state remunerate con una decurtazione del 6,25%. Pertanto, le suddette prestazioni, che mantengono la stessa denominazione anche nel nuovo nomenclatore, subiscono la stessa medesima decurtazione del 6,25%, tenuto conto che non è venuto meno il principio (diversità di costi tra pubblico e privato) che l’aveva determinata. Tale decurtazione non si applica nei confronti delle strutture pubbliche e/o private che sono dotate della U.O. di Nefrologia ovvero inserite strutturalmente in ambito ospedaliero;
- Accertato che:
 - la legislazione vigente vuole che il sistema tariffario esprima una remunerazione definita sulla base dei costi di produzione sostenuti non dalla totalità degli erogatori presenti sul mercato (condizione che stabilizzerebbe l’inefficienza e la scarsa qualità nel sistema di produzione, ma da quelli efficienti appropriati e qualitativamente adeguati. In tale ottica è vista la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio, in attuazione dell’art. 1, co. 796, lettera o), della legge 26 dicembre 2006, n. 296, dell’Accordo sancito in Conferenza Stato -Regioni il 23 marzo 2011, rep. atti n. 617CSR, con la finalità che le strutture conseguano importanti economie di scala particolarmente rilevanti, dando concreta attuazione ai criteri di qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate;
 - lo status di soggetto accreditato attribuisce l’abilitazione a contrattare con il SSN una volta accertati i requisiti tecnici, strutturali ed organizzativi generali e specifici della struttura, ferma restando la necessità, ai fini della produzione in nome e per conto del SSN, di sottoscrivere apposito contratto, sul presupposto, che l’erogatore accetti il sistema di remunerazione a tariffa predeterminata. Tra l’altro, l’attuale ordinamento non preclude agli erogatori privati accreditati di svolgere in regime di libero mercato attività remunerata dalla spesa privata ulteriore, per tipologia e/o quantità di prestazioni, rispetto alle attività ricomprese nel regime di accreditamento istituzionale con il SSN e pertanto i soggetti accreditati, sono liberi di scegliere il regime in cui operare: in accreditamento o completamente

in regime libero professionale. Infatti l'art. 8 – bis, co.1, del Decreto legislativo 502/92 colloca gli erogatori privati accreditati all'interno del SSN in una posizione di sussidiarietà rispetto alle attività di erogazione delle prestazioni assistenziali direttamente svolte dagli erogatori pubblici, piuttosto che di mero approvvigionamento di prestazioni o di diretta esternalizzazione di un servizio pubblico.

Inoltre, per quanto attiene le prestazioni di specialistica ambulatoriale, riferite alla branca di "Genetica medica" il nuovo Tariffario di cui al DM 26 giugno 2023, prevede nell'Allegato 2 (Allegato 4 nel DPCM LEA 12.01.2017) la tariffazione per una serie di prestazioni di genetica medica. In particolare, i codici da G1.03 a G1.47 sono tutti relativi alla stessa tipologia di prestazione "Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo" e con stessa tariffa di € 1.350,00 per ciascuna voce. Quello che cambia è solo il numero di geni analizzati. Pertanto, per ragioni di natura semplificativa si propone in primo luogo il seguente raggruppamento di voci:

G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di 2 geni per la diagnosi. Sequenziamento e/o eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.03.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita da 3 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.11.30	Analisi mutazionale di malattia che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.31.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo

Tale raggruppamento, richiamato nell'Allegato tecnico B "Genetica medica", parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, a cui si rimanda, non comporta alcun nuovo codice, ma rende più agevole il lavoro del prescrittore.

Inoltre, per quanto attiene la copertura finanziaria del presente provvedimento si richiama l'articolo 1, comma 288 della legge n. 234/2021 secondo cui: "A decorrere dall'anno 2022, per l'aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e' finalizzato l'importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard".

Per quanto sopra rappresentato, si rende necessario:

- recepire, con decorrenza 1° gennaio 2024, il nuovo nomenclatore tariffario che prevede tutte le prestazioni ricomprese nell'allegato 4) del DPCM del 12 gennaio 2017, avente ad oggetto: "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", comprensivo delle note e dei criteri di erogabilità e tariffate nell'allegato 2) al DMS 23 giugno 2023, avente ad oggetto: "Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica";
- modificare, parzialmente l'Allegato C) di cui alla DGR n. 403 del 15 marzo 2021, che si intende interamente sostituito con il nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, allegato al presente provvedimento, quale parte integrale e sostanziale;
- confermare la restante parte dell'allegato C), di cui alla DGR n. 403 del 15 marzo 2021, con riferimento alle tariffe dei Day service, ed identificati con il codice PACC ;
- stabilire che, in relazione alle prestazioni ambulatoriali c.d. a cavaliere, ai fini della remunerazione, si fa riferimento alla data di consegna del referto e/o di chiusura ciclo. La Regione s'impegna comunque a recepire eventuali e nuove determinazioni che dovessero scaturire dalle risultanze del ricorso avviato da alcune OO.SS. dinanzi al TAR Lazio, nonché da disposizioni ministeriali a riguardo;
- confermare, per le prestazioni identificate con i codici 39.95.4, 39.95.7 e 39.95.5, la decurtazione del 6,25%, riveniente dall'"Accordo conciliativo in materia di tariffe da applicarsi alle prestazioni dialitiche

erogate a far tempo dal 1° gennaio 2018”, approvato con DGR n.560 del 06.04.2021, tenuto conto che non è venuto meno il principio che l’aveva determinata;

- confermare le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, previste dall’art.22 della L.R. 26/2006 e dall’art. 21 della L.R. 25/2007;
- stabilire che, per quanto attiene gli erogatori privati accreditati, le prestazioni di specialistica ambulatoriale dovranno essere erogate, sia pur con le tariffe di cui al Decreto Ministeriale 23 giugno 2023, avente ad oggetto: “Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”, nei limiti dei tetti di spesa annualmente assegnati e, quindi, senza maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale;
- prendere atto dell’Allegato B), riferito alla branca di genetica medica, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- richiamare, in riferimento alla copertura finanziaria del presente provvedimento, quanto espressamente previsto dall’articolo 1, comma 288 della legge n. 234/2021 secondo cui: “A decorrere dall’anno 2022, per l’aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall’articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e’ finalizzato l’importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard”.

VERIFICA AI SENSI DEL D. Lgs. 196/03 Garanzie alla riservatezza

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.Lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

Valutazione di impatto di genere (prima valutazione)

Ai sensi della D.G.R. n. 938 del 03/07/2023 la presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di impatto di genere.

L’impatto di genere stimato è:

- diretto
- indiretto
- X neutro
- non rilevato

COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 e ss.mm.ii.

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale

Per tutto quanto sopra esposto, L’Assessore alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell’art 4 lett. d) della LR. N. 7/97, propone alla Giunta regionale:

1. di recepire, con decorrenza 1° gennaio 2024, il nuovo nomenclatore tariffario che prevede tutte le prestazioni ricomprese nell’allegato 4) del DPCM del 12 gennaio 2017, avente ad oggetto: “ Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”, comprensivo delle note e dei criteri di erogabilità e tariffate nell’allegato 2) al DMS

23 giugno 2023, avente ad oggetto: *“Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”*;

2. di modificare, parzialmente l’Allegato C) di cui alla DGR n. 403 del 15 marzo 2021, che si intende interamente sostituito con il nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, allegato al presente provvedimento, quale parte integrale e sostanziale;
3. di confermare la restante parte dell’allegato C), di cui alla DGR n. 403 del 15 marzo 2021, con riferimento alle tariffe dei Day service, ed identificati con il codice PACC ;
4. di stabilire che, in relazione alle prestazioni ambulatoriali c.d. a cavaliere, ai fini della remunerazione, si fa riferimento alla data di consegna del referto e/o di chiusura ciclo. La Regione s’impegna comunque a recepire eventuali e nuove determinazioni che dovessero scaturire dalle risultanze del ricorso avviato da alcune OO.SS. dinanzi al TAR Lazio, nonché da disposizioni ministeriali a riguardo;
5. di confermare, per le prestazioni identificate con i codici 39.95.4, 39.95.7 e 39.95.5, la decurtazione del 6,25%, riveniente dall’*“Accordo conciliativo in materia di tariffe da applicarsi alle prestazioni dialitiche erogate a far tempo dal 1° gennaio 2018”*, approvato con DGR n.560 del 06.04.2021, tenuto conto che non è venuto meno il principio che l’aveva determinata;
6. di confermare le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, previste dall’art.22 della L.R. 26/2006 e dall’art. 21 della L.R. 25/2007;
7. di stabilire che, per quanto attiene gli erogatori privati accreditati, le prestazioni di specialistica ambulatoriale dovranno essere erogate, sia pur con le tariffe di cui al Decreto Ministeriale 23 giugno 2023, avente ad oggetto: *“Definizione delle tariffe dell’assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”*, nei limiti dei tetti di spesa annualmente assegnati e, quindi, senza maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale;
8. di prendere atto dell’Allegato B), riferito alla branca di genetica medica, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
9. di richiamare, in riferimento alla copertura finanziaria del presente provvedimento, quanto espressamente previsto dall’articolo 1, comma 288 della legge n. 234/2021 secondo cui: *“A decorrere dall’anno 2022, per l’aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall’articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e’ finalizzato l’importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard”*;
10. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, ai DD.GG. delle AA.SS.LL. e, per il loro tramite alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché al Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche per l’adeguamento della piattaforma “Edotto”;
11. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato è stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, ai fini dell’adozione dell’atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

L’ISTRUTTORE AMMINISTRATIVO **Alfredo GRAVINA**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO “Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale- Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR”: **Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO “Strategie e Governo dell’Assistenza Ospedaliera”
Vito CARBONE

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE “Strategie e Governo dell’Offerta”
Mauro Nicastro

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento per la Promozione della Salute del Benessere Animale non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il DIRETTORE del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

Vito MONTANARO

L'ASSESSORE alla Sanità, Benessere Animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19

Rocco PALESE

LA GIUNTA

- Udata la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce alla proposta di deliberazione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

DELIBERA

1. di recepire, con decorrenza 1° gennaio 2024, il nuovo nomenclatore tariffario che prevede tutte le prestazioni ricomprese nell'allegato 4) del DPCM del 12 gennaio 2017, avente ad oggetto: "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", comprensivo delle note e dei criteri di erogabilità e tariffate nell'allegato 2) al DMS 23 giugno 2023, avente ad oggetto: "*Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*";
2. di modificare, parzialmente l'Allegato C) di cui alla DGR n. 403 del 15 marzo 2021, che si intende interamente sostituito con il nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, allegato al presente provvedimento, quale parte integrale e sostanziale;
3. di confermare la restante parte dell'allegato C), di cui alla DGR n. 403 del 15 marzo 2021, con riferimento alle tariffe dei Day service, ed identificati con il codice PACC ;
4. di stabilire che, in relazione alle prestazioni ambulatoriali c.d. a cavaliere, ai fini della remunerazione, si fa riferimento alla data di consegna del referto e/o di chiusura ciclo. La Regione s'impegna comunque a recepire eventuali e nuove determinazioni che dovessero scaturire dalle risultanze del ricorso avviato da alcune OO.SS. dinanzi al TAR Lazio, nonché da disposizioni ministeriali a riguardo;
5. di confermare, per le prestazioni identificate con i codici 39.95.4, 39.95.7 e 39.95.5, la decurtazione del 6,25%, riveniente dall'"*Accordo conciliativo in materia di tariffe da applicarsi alle prestazioni dialitiche erogate a far tempo dal 1° gennaio 2018*", approvato con DGR n.560 del 06.04.2021, tenuto conto che non è venuto meno il principio che l'aveva determinata;
6. di confermare le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, previste dall'art.22 della L.R. 26/2006 e dall'art. 21 della L.R. 25/2007;
7. di stabilire che, per quanto attiene gli erogatori privati accreditati, le prestazioni di specialistica ambulatoriale dovranno essere erogate, sia pur con le tariffe di cui al Decreto Ministeriale 23 giugno 2023, avente ad oggetto: "*Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*", nei limiti dei tetti di spesa annualmente assegnati e, quindi, senza maggiori oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale;
8. di prendere atto dell'Allegato B), riferito alla branca di genetica medica, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
9. di richiamare, in riferimento alla copertura finanziaria del presente provvedimento, quanto espressamente previsto dall'articolo 1, comma 288 della legge n. 234/2021 secondo cui: "*A decorrere*

dall'anno 2022, per l'aggiornamento dei LEA, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, commi 558 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, e' finalizzato l'importo di 200 milioni di euro, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario nazionale standard";

10. di disporre che il presente atto sia notificato, a cura Sezione Strategia e Governo dell'Offerta, ai DD.GG. delle AA.SS.LL. e, per il loro tramite alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, nonché al Dirigente della Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche per l'adeguamento della piattaforma "Edotto";

11. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta

ANNA LOBOSCO

Il Presidente della Giunta

MICHELE EMILIANO



Codice CIFRA: SGO/DEL/2023/00145

NOMENCLATORE SPECIALISTICA AMBULATORIALE REGIONE PUGLIA

Allegato A)

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	02.39.1	PUNTURA DI RESERVOIR CRANICO PER DELIQUORAZIONE	€ 187,50	
	02.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE ENCEFALICO Non associabile a Visita neurologica di controllo 89.01.C	€ 23,00	
H	02.95	RIMOZIONE DI TRAZIONE TRANSCRANICA O DISPOSITIVO DI HALO	€ 38,80	
H	03.31	RACHICENTESI	€ 187,50	
H	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitubercolosi. Incluso farmaco	€ 52,40	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
H	03.91.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE CON POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERIDURALE [Catetere temporaneo, con pompa infusore, con tunnel sottocutaneo] Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento. Incluso farmaco	€ 157,95	
H	03.91.2	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE IN PORTATORE DI CATETERE PERIDURALE [RIFORNIMENTO]. Fino ad un massimo di 10 rifornimenti. Escluso: Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8), anestesia effettuata per intervento Non associabile a 03.91.1. Incluso farmaco	€ 105,00	
H	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione intratecale [endorachide]. Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8). Incluso farmaco	€ 103,25	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	03.93.1	CONTROLLO / PROGRAMMAZIONE DI NEUROSTIMOLATORE SPINALE	€ 23,00	
H	03.96.1	BLOCCO PERCUTANEO PARAVERTEBRALE DELLE FACCETTE ARTICOLARI	€ 103,25	
H	03.96.2	BLOCCO DELLE FACCETTE ARTICOLARI VERTEBRALI CON ANESTETICI LOCALI. A GUIDA RADIOLOGICA O ECOGRAFICA. Intero trattamento	€ 103,25	
H	03.99.1	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO PERIDURALE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 998,25	
H	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI. Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione). Asportazione di neuroma periferico. Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	€ 57,95	
H	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	€ 51,60	
H	04.12	BIOPSIA A CIELO APERTO DEI NERVI PERIFERICI	€ 57,95	
H	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 654,00	
H	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.245,00	
H	04.49	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CUBITALE, DI SCIATICO POPLITEO ESTERNO (SPE) AL CAPITELLO PERONEALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.245,00	
H	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami. Incluso farmaco. Escluso: le anestesi per intervento. Incluso: eventuale guida ecografica	€ 51,65	
H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali e di altre vie nervose, Infiltrazioni paravertebrali e punti trigger. Incluso farmaco. Escluso: le anestesi per intervento	€ 15,45	
H	04.93	RIMOZIONE DI NEUROSTIMOLATORE DEI NERVI PERIFERICI	€ 57,95	
H	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA A GUIDA ECOGRAFICA. Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore, Blocco del Ganglio celiaco, Blocco del Ganglio stellato, Blocco del simpatico lombare. Incluso il farmaco	€ 77,45	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI. Incluso farmaco	€ 129,50	
	06.01	AGOASPIRAZIONE/DRENAGGIO ECOGUIDATI NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 70,00	
	06.01.1	AGOASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	€ 56,00	
	06.11.2	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA TIROIDE	€ 72,70	
	06.98.1	ALCOLIZZAZIONE ECOGUIDATA DEI NODULI TIROIDEI	€ 72,70	
	08.01	INCISIONE DELLA PALPEBRA. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	€ 15,50	
	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA Cantorrafia,Tarsorrafia	€ 16,00	
	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	€ 17,20	
	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	€ 32,15	
	08.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso: asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	€ 32,15	
	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	€ 32,15	
	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE. Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	€ 53,90	
	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	€ 38,20	
H	08.38	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA	€ 1.002,00	
	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	€ 47,05	
	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	€ 80,80	
H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	€ 183,70	
	08.51	CANTOTOMIA	€ 13,60	
	08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	€ 48,35	
H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: le ricostruzioni associate a riparazione di entropion o ectropion (08.44) e la ricostruzione della palpebra non a tutto spessore (08.72)	€ 360,95	
H	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	€ 1.002,00	
H	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE. Escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)	€ 1.002,00	
	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	€ 37,35	
	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	€ 35,80	
	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE	€ 81,00	
	08.92	DEPILAZIONE CRIOCIRURGICA DELLA PALPEBRA	€ 26,75	
	08.99.2	INFILTRAZIONE PALPEBRALE, PERIOCLARE, MUSCOLARE, ORBITARIA DI FARMACI. Incluso farmaco	€ 15,00	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	€ 38,35	
	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	€ 72,80	
	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	€ 41,00	
	09.19	ANALISI DELLA SUPERFICIE OCULARE [test di Schirmer, break up time (BUT), esame con coloranti]. Escluso: Dacriocistografia (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	€ 40,90	
H	09.21	ASPORTAZIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	€ 72,80	
	09.42	SPECILLAZIONE DELLE VIE LACRIMALI Sondaggio meccanico delle vie lacrimari. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (intero trattamento)	€ 16,45	
H	09.43	ENDOSCOPIA DELLE VIE LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione	€ 67,85	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	09.44	INTUBAZIONE E INSERIMENTO DI SONDINO O STENT NEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: sondino	€ 1.032,00	
	09.51	PLASTICA DEL PUNTO LACRIMALE	€ 38,60	
	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	€ 38,60	
H	09.73	PLASTICA O RIPARAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	€ 228,65	
	09.91	INSERZIONE DI OCCLUSORE DEL PUNTO LACRIMALE PER RIDUZIONE DELLA PRODUZIONE LACRIMALE, OCCHIO SECCO, CHERATITI, LAGOFALMO, SURFACE SYNDROME, CHERATITE PUNTATA. Incluso: oblitterazione del punto lacrimale	€ 206,00	
	10.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA CONGIUNTIVA PER INCISIONE	€ 516,00	
	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	€ 31,25	
	10.31	ASPORTAZIONE/DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Incluso: Asportazione pinguecola. Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	€ 31,25	
	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA CON O SENZA INNESTO LIBERO	€ 109,05	
	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	€ 56,60	
	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE. Incluso farmaco	€ 11,40	
	11.21	CURETTAGE DELLA CORNEA PER STRISCIO O COLTURA	€ 78,00	
H	11.22	BIOPSIA DELLA CORNEA	€ 206,00	
	11.31	ASPORTAZIONE / TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	€ 71,10	
	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	€ 32,10	
H	11.53.1	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE O FERITA DELLA CORNEA A TUTTO SPESSORE E NON A TUTTO SPESSORE	€ 433,00	
H	11.75.1	CHIRURGIA INCISIONALE DELLA CORNEA PER ASTIGMATISMI	€ 354,65	
	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) O LASEK/LASIK. Incluso: due visite di controllo 89.01.D	€ 123,00	
	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK). Incluso: due visite di controllo 89.01.D	€ 89,80	
	11.99.5	IMPRINTING CORNEO-CONGIUNTIVALE [Cross linking corneale]. Incluso: Visita ed esami pre intervento, intervento e visite di controllo entro i 12 mesi	€ 1.343,00	
	11.99.6	ASPORTAZIONE SUTURA CORNEALE O CORNEOSCLERALE a seguito di intervento di cheratoplastica	€ 40,00	
H	12.14	IRIDECTOMIA CHIRURGICA Escluso: Iridectomia associata a estrazione di cataratta (13.64) e Iridotomia laser (12.41)	€ 111,35	
H	12.22	BIOPSIA CHIRURGICA DELL'IRIDE	€ 111,35	
	12.22.1	AGOBIOPSIA IRIDE	€ 111,35	
	12.31	LISI DI GONIOSINECHIE O ALTRE SINECHIE DEL SEGMENTO ANTERIORE MEDIANTE YAG-LASER	€ 1.032,00	
H	12.35.1	IRIDOPLASTICA/COREOPLASTICA	€ 69,60	
	12.41	IRIDOTOMIA LASER. Escluso: Iridectomia chirurgica (12.14)	€ 69,60	
H	12.59	TRABECULOPLASTICA Mediante laser	€ 69,60	
	12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	€ 463,00	
	12.72	CICLOCRIOTERAPIA	€ 109,05	
	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	€ 108,45	
H	12.82	RIPARAZIONE DI FISTOLA DELLA SCLERA	€ 420,00	
H	12.84	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA SCLERA	€ 1.032,00	
	12.91	SVUOTAMENTO DIAGNOSTICO O TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	€ 33,20	
	12.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELLA CAMERA ANTERIORE. Incluso farmaco	€ 516,00	
H	12.92.1	INIEZIONE INTRAOCULARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso farmaco	€ 420,00	
H	13.41	INTERVENTO DI CATARATTA SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	€ 640,30	
	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	€ 94,80	
	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico). Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso cristallino	€ 771,05	
H	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA CON IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria. Incluso lenti	€ 806,30	
H	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE. Incluso: Visita preintervento e visite di controllo, Biometria	€ 771,05	
H	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	€ 550,60	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 64,70	
	14.24	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA. Intero trattamento. Minimo tre sedute	€ 516,00	
RH	14.24.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DI LESIONI RETINICHE CON VERTEPORFINA. Fino a 3 trattamenti/anno nello stesso occhio. Incluso farmaco	€ 1.516,00	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	14.24.2	TERAPIA LASER DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	€ 115,00	
	14.24.3	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE LASER-FOTOCOAGULAZIONE	€ 61,00	
	14.29.1	TERAPIA LASER E TERMOTERAPIA TRANSPUPILLARE (TTT) DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	€ 1.400,00	
	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	€ 70,20	
	14.34	FOTOCOAGULAZIONE LASER DELLA RETINA	€ 78,10	
	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	€ 28,00	
	14.75	INIEZIONE DI SOSTITUTI VITREALI (Sostanze tamponanti ab interno: perfluoruri, gas e/o oli di silicone. <u>Incluse le sostanze</u>	€ 516,00	
	14.79	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: <u>Visita ed esami pre procedura. Escluso: costo del farmaco</u>	€ 268,15	
	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	€ 47,05	
	16.71	RIMOZIONE / REINSERIMENTO DI PROTESI OCULARE (a scopo igienico)	€ 2,55	
H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: <u>Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione oftalmica. Incluso farmaco</u>	€ 36,15	
	18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	€ 13,45	
	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 16,15	
	18.21	ASPORTAZIONE DEL SENO PREAURICOLARE. Non associabile a ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO (18.29)	€ 215,00	
	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti. Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52). Non associabile a 18.21	€ 15,75	
	18.31.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI NEOFORMAZIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	€ 241,00	
	19.4	RIPOSIZIONAMENTO O ALTRA RIPARAZIONE DI PERFORAZIONE TRAUMATICA DELLA MEMBRANA TIMPANICA	€ 29,90	
	20.01	MIRINGOTOMIA CON INSERZIONE DI TUBO [MIRINGOTOMIA]. <u>Incluso: anestesia e drenaggio</u>	€ 23,00	
	20.09.1	MIRINGOCENTESI SENZA INSERZIONE DI TUBO	€ 21,50	
	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	€ 54,20	
	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	€ 25,85	
	20.39.1	EMISSIONI OTOACUSTICHE	€ 9,05	
	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Poltizzazione	€ 14,25	
	20.94	INFILTRAZIONE TRANSTIMPANICA DI FARMACI IN OTOMICROSCOPIA. <u>Incluso farmaco</u>	€ 22,00	
	20.94.A	MEDICAZIONE IN OTOMICROSCOPIA	€ 22,00	
	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	€ 14,00	
H	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE	€ 26,80	
	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO. <u>Cura completa</u>	€ 18,60	
	21.22	BIOPSIA DEL NASO	€ 25,85	
	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	€ 25,55	
H	21.69.1	TURBINOPLASTICA [turbinectomia, frattura turbinati, decongestione chirurgica dei turbinati]	€ 400,00	
	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. <u>Incluso: Contenzione e sua rimozione</u>	€ 25,15	
HR	21.88	SETTOPLASTICA	€ 400,00	
	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	€ 25,55	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. <u>Drenaggio mascellare per via diameatica</u>	€ 25,85	
	22.02	ASPIRAZIONE O LAVAGGIO DEI SENI NASALI Non associabile a <u>Punturadei seni nasali per aspirazione o lavaggio (22.01)</u>	€ 25,85	
	22.11	BIOPSIA DEI SENI NASALI	€ 25,85	
H	22.19.1	ALTRI INTERVENTI SUI SENI NASALI PER VIA ENDOSCOPICA. Inclusa medicazione	€ 19,00	
	22.19.2	MEDICAZIONE A GUIDA ENDOSCOPICA DEI SENI NASALI	€ 22,00	
	22.71.1	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE IMMEDIATA	€ 64,00	
	22.71.2	CHIUSURA DI FISTOLA OROSINUSALE COMPLICATA	€ 64,00	
	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Includo: Anestesia	€ 12,15	
	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE O RADICI. Estrazione di altro dente NAS. Includo: Odontectomia revisione della cavità e sutura e <u>Anestesia</u>	€ 17,85	
	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICI Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco- peristale. <u>Includo: Anestesia</u>	€ 33,05	
	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE FINO A DUE SUPERFICI. Includo: <u>otturazione ed incappucciamento diretto della polpa</u>	€ 20,80	
	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE A TRE O PIU' SUPERFICI. <u>Includo:otturazione ed incappucciamento diretto della polpa</u>	€ 38,35	
	23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI PER TERAPIA CONSERVATIVA. Includo: perno <u>endocanalare</u>	€ 64,00	
	23.3	RICOSTRUZIONE PROTESICA PARZIALE (faccetta)	€ 34,85	
	23.41.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI CORONA DEFINITIVA. Includo <u>rilevazione impronte</u>	€ 31,65	
	23.41.3	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO INDIRECTO <u>IN TERAPIA PROTESICA</u>	€ 57,35	
	23.41.5	APPLICAZIONE DI PERNO ENDOCANALARE CON METODO DIRETTO IN <u>TERAPIA PROTESICA</u>	€ 57,35	
	23.42.1	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA PROVVISORIA Includo: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 17,00	
	23.42.2	TRATTAMENTO PER APPLICAZIONE DI PROTESI FISSA DEFINITIVA. Includo: rilevazione impronte ed inserimento di manufatto protesico (per singolo dente pilastro)	€ 79,75	
	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE TOTALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa. Includo: rilevazione <u>impronte ed inserimento del manufatto (Per arcata)</u>	€ 129,10	
	23.43.2	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE PARZIALE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale Includo: Eventuali attacchi di <u>precisione (per arcata)</u>	€ 81,30	
	23.43.6	APPLICAZIONE DI PLACCA INTEROCCLUSALE DI SVINCOLO DI RIPOSIZIONAMENTO O DI STABILIZZAZIONE. Includo: rilevazione <u>impronte</u>	€ 31,00	
	23.49.1	MOLAGGIO SELETTIVO DEI DENTI. Per seduta	€ 16,25	
	23.5	REIMPIANTO O RIDUZIONE DI ELEMENTI DENTARI O AVULSI O LUSATI. <u>Includo: eventuale contenzione dentale</u>	€ 11,50	
	23.50.1	INCOLLAGGIO DI FRAMMENTO DENTALE FRATTURATO	€ 11,50	
	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 35,25	
	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Escluso: codici 23.20.1, 23.20.2	€ 57,40	
	23.72.1	APICIFICAZIONE Terapia canalare in dente ad apice immaturo. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 16,00	
	23.72.2	APICOGENESI [PULPOTOMIA - INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO]	€ 34,85	
	23.72.3	PULPOTOMIA	€ 41,30	
	23.73	APICECTOMIA. Includo: Otturazione retrograda	€ 48,10	
	24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Includo: Innesto libero o <u>peduncolato</u>	€ 29,55	
	24.00.2	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Includo: Applicazione di materiale autologo, Osteoplastica. Per emiarcata. Includo: <u>CHIRURGIA PARODONTALE (24.20.1)</u>	€ 94,25	
	24.00.3	CHIRURGIA ORALE RICOSTRUTTIVA. Includo: Applicazione di materiale alloplastico. Per emiarcata. Includo: CHIRURGIA <u>PARODONTALE (24.20.1) Non associabile a 24.00.2</u>	€ 94,25	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	€ 31,25	
	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	€ 31,25	
	24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE. Incluso: Pulpotomia, Molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura, Otturazione dentaria provvisoria con cementi temporanei(trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, fratture)	€ 23,00	
	24.20.1	CHIRURGIA PARODONTALE Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee. Per emiarcata. Non associabile a 24.00.2 e 24.00.3	€ 62,80	
	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogenica dei mascellari (24.4)	€ 31,25	
	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto. Per emiarcata	€ 25,20	
	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. Incluso: alveoloplastica. Per emiarcata	€ 22,30	
	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE ODONTOGENICA DEI MASCELLARI	€ 55,30	
	24.6	ESPOSIZIONE CHIRURGICA DI DENTE INCLUSO	€ 38,00	
	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi	€ 122,90	
	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. Escluso: Contenzione. Per massimo 6 mesi e non ripetibile	€ 122,90	
	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	€ 26,75	
	24.80.2	RIMOZIONE DI FERULE O DI BRACKETS ORTODONTICI	€ 15,00	
	24.80.3	STABILIZZAZIONE E CONTENZIONE FINE TRATTAMENTO ORTODONTICO. Non associabile a 89.01.E	€ 16,20	
	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	€ 25,85	
H	25.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA LINGUA	€ 24,00	
	25.91	FRENULOTOMIA E FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: FRENULOTOMIA LABIALE (27.91)	€ 18,05	
	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	€ 24,65	
	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	€ 25,85	
	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	€ 17,60	
	27.00.1	DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma) Escl.: drenaggio del tratto tireoglosso (06.09)	€ 51,90	
	27.00.2	RIMOZIONE DRENAGGIO DELLA FACCIA E DEL PAVIMENTO DELLA BOCCA, DELLA REGIONE FACCIALE, REGIONE FASCIALE DELLA FACCIA, ANGINA DI LUDWIG (ascesso, ematoma)	€ 9,65	
	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	€ 25,85	
	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	€ 17,20	
	27.24	BIOPSIA DEL CAVO ORALE. Esclusa: biopsia del labbro e delle ghiandole salivari	€ 31,25	
	27.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL PALATO OSSEO	€ 62,00	
	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	€ 18,05	
	27.43	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL LABBRO	€ 62,00	
	27.49.1	ASPORTAZIONE DI LESIONE O NEOFORMAZIONE DEL CAVO ORALE	€ 25,00	
	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	€ 23,80	
	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI CAVO ORALE	€ 23,80	
	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	€ 10,40	
H	27.72	ASPORTAZIONE DELL'UGOLA	€ 62,05	
H	27.79.1	ALTRI INTERVENTI CONSERVATIVI SULL'UGOLA. Escluso: riparazione	€ 62,00	
	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	€ 18,05	
	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	€ 22,95	
	28.91	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA TONSILLE E ADENOIDI MEDIANTE INCISIONE	€ 23,40	
	29.12	BIOPSIA FARINGEA	€ 31,25	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	29.19.1	VIDEOENDOSCOPIA DELLE VIE AEREE E DIGESTIVE SUPERIORI (VADS)	€ 62,00	
	31.42.2	LARINGOSTROSCOPIA	€ 20,90	
	31.43	BIOPSIA DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	€ 17,65	
	31.48.2	ANALISI STRUMENTALE DELLA VOCE	€ 22,65	
H	31.94.1	INIEZIONE DI SOSTANZE ISPESSENTI NELLA PARETE DI FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA	€ 143,00	
H	31.98.1	SOSTITUZIONE DI PROTESI FONATORIA. Incluso: protesi	€ 354,60	
H	33.21	BRONCOSCOPIA ATTRAVERSO STOMA ARTIFICIALE	€ 82,60	
H	33.22	BRONCOSCOPIA [fibre-ottiche -autofluorescenza - Ebus]. Tracheobroncoscopia esplorativa	€ 116,70	
H	33.24	PRELIEVO BRONCHIALE IN CORSO DI BRONCOSCOPIA. Biopsia bronchiale, brushing, washing, BAL	€ 64,95	
	34.23	BIOPSIA DELLA PARETE TORACICA TC-GUIDATA	€ 164,20	
H	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile TC guidata	€ 164,20	
RH	34.29	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA TRANSTRACHEALE O TRANSBRONCHIALE DI LINFONODI ILO MEDIASTINICI	€ 127,10	
H	34.91	TORACENTESI	€ 105,90	
H	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	€ 164,20	
H	34.91.2	TORACENTESI ECOGUIDATA	€ 127,10	
H	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina. Incluso farmaco. Per eventuale chemioterapico antitumorale codificare anche 99.25. Escluso: Iniezione per collasso del polmone	€ 61,95	
H	37.26.1	ELETTROSTIMOLAZIONE TRANSESOFAGEA DIAGNOSTICA O PER LA TERAPIA DELLE ARITMIE	€ 77,45	
H	37.79.1	IMPIANTO DI LOOP RECORDER	€ 1.550,45	
H	37.85	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, FREQUENZA DI RISPOSTA NON SPECIFICATA	€ 1.050,45	
H	37.86	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA SINGOLA, CON FREQUENZA DI RISPOSTA	€ 1.250,45	
H	37.87	SOSTITUZIONE DI PACE MAKER CON DISPOSITIVO A CAMERA DOPPIA	€ 1.550,45	
	38.00.1	INCISIONE DI VENA SUPERFICIALE PER TROMBOFLEBITE O VARICOFLEBITE	€ 35,10	
	38.00.2	INCISIONE DI VENA TROMBIZZATA DOPO SCLEROTERAPIA	€ 35,10	
H	38.21	BIOPSIA DEI VASI SANGUIGNI	€ 41,05	
	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 59,25	
H	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE	€ 27,00	
H	38.53	ASPORTAZIONE DI VENE DELL'ARTO SUPERIORE	€ 251,00	
H	38.59.1	MINISTRIPPING [VARICECTOMIA] DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali. Escluse le safene	€ 251,00	
H	38.59.2	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO. Escluso: trombosi dell'ostio	€ 360,00	
	38.80.1	OCCLUSIONE PERCUTANEA DI VASI VENOSI PER VIA ENDOLUMINALE. Escluse safene	€ 833,00	
H	38.93.1	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	€ 24,00	
	38.94.A	RIMOZIONE DI CATETERE TUNNELIZZATO. Asportazione di catetere tipo port o Groshong	€ 40,05	
H	38.95.1	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	€ 240,00	
H	38.95.2	POSIZIONAMENTO CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE. Inclusa eventuale guida ecografica	€ 280,50	
H	38.95.3	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	€ 240,00	
H	38.95.4	SOSTITUZIONE O RIMOZIONE DI CATETERE VENOSO FEMORALE PERMANENTE CON TUNNELIZZAZIONE PER DIALISI RENALE	€ 280,50	
H	38.95.6	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE TEMPORANEO PER DIALISI RENALE	€ 240,00	
H	38.95.8	POSIZIONAMENTO ECOGUIDATO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE PER DIALISI RENALE CON TUNNELIZZAZIONE	€ 280,50	
H	38.95.9	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE UNICO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	€ 280,50	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	38.95.A	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE PERMANENTE DOPIO PER DIALISI EXTRACORPOREA CON TUNNELIZZAZIONE	€ 364,65	
H	38.97	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE [Catetere a permanenza, con pompa del paziente (PCA), con tunnel, con port].Incluso: radiografia di controllo	€ 280,50	
H	38.97.1	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE CON ACCESSO CHIRURGICO. Incluso: radiografia di controllo	€ 282,00	
H	38.97.2	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE PER VIA PERCUTANEA. Incluso: radiografia di controllo	€ 152,50	
H	39.27	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00	
H	39.27.1	CONFEZIONAMENTO DI FISTOLA PROSSIMALE ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00	
H	39.42	REVISIONE DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 331,00	
H	39.43	CHIUSURA DI FISTOLA PERIFERICA ARTEROVENOSA PER DIALISI RENALE	€ 219,00	
	39.92.1	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Alcolizzazioni, Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42), malformazioni vascolari congenite, teleangectasie	€ 19,60	
	39.92.2	INIEZIONE INTRAVENOSA ECO/FLEBOGUIDATA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso alcolizzazioni	€ 99,00	
H	39.95.2	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 147,25	
H	39.95.3	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO, A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 136,00	
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 172,75	
H	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 240,00	
H	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 206,55	
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution]. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 240,00	
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 206,55	
	39.95.B	EMODIAFILTRAZIONE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 150,00	
H	39.95.C	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 147,25	
H	39.95.D	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI AD ASSISTENZA LIMITATA Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 190,00	
	39.95.E	TRAINING PER DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE. Per seduta. Fino a 3 sedute	€ 20,25	
	39.95.F	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE A DOMICILIO. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 136,00	
H	39.95.G	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SPECIFICHE. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 172,75	
H	39.95.H	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE SINTETICHE A BASSO ED ALTO FLUSSO CON INFUSIONE DI NUTRIENTI. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 230,00	
H	39.95.I	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT- OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare \geq 45 kDa). Per seduta	€ 184,70	
H	39.95.J	EMODIAFILTRAZIONE- CON INFUSIONE DI NUTRIENTI	€ 230,00	
H	39.95.K	EMODIAFILTRAZIONE E MEMBRANE AD ALTO/ALTISSIMO CUT-OFF (rimozione di soluti tossici di peso molecolare \geq 45 kDa). Per seduta	€ 1.000,00	
H	39.95.L	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. EMODIAFILTRAZIONE CON ULTRAFILTRATO > 17 LT. [Hemodia Filtration Reinfusion (HFR), Acetate Free Biofiltration (AFB), MID Dilution, MIXED Dilution] Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	€ 195,00	
H	39.95.M	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA - CON INFUSIONE DI NUTRIENTI Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute	€ 195,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	39.95.N	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Per seduta. Ciclo fino a 13 sedute.	€ 184,35	
	39.95.O	EMODIALISI GIORNALIERA DOMICILIARE PER ALMENO 12 ORE SETTIMANALI. Per seduta	€ 105,00	
	39.95.P	EMODIALISI HIGH DOSE DOMICILIARE PER ALMENO 21 ORE SETTIMANALI. Per seduta	€ 105,00	
H	39.95.Q	ULTRAFILTRAZIONE/EMODIALISI IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	€ 185,00	
H	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,45	
H	39.99.2	DISOSTRUZIONE CON TROMBOLITICI DI FISTOLA ARTEROVENOSA (CON UROCHINASI E/O rTPA)	€ 500,00	
H	39.99.3	DISOSTRUZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI DOPPIO CATETERE GIUGULARE O FEMORALE. Incluso: Sostituzione kit innesto	€ 500,00	
H	39.99.4	VALUTAZIONE DELLA PORTATA DELLA FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 17,50	
H	39.99.5	ECODOPPLER FISTOLA ARTEROVENOSA	€ 34,05	
	39.99.6	TERAPIA INTRALUMINALE LOCALE DEL CATETERE (LOCK THERAPY)	€ 16,00	
	40.11.1	BIOPSIA INCISIONALE DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali superficiali, sopraclavari o prescalenici. Biopsia di linfonodi ascellari o inguinali	€ 51,00	
	40.11.2	BIOPSIA ESCISSORIALE DI SINGOLO LINFONODO ASCELLARE O INGUINALE	€ 258,20	
	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECOGUIDATA	€ 66,00	
	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	€ 105,65	
	40.29	ASPORTAZIONE SEMPLICE DI ALTRE STRUTTURE LINFATICHE. Asportazione di Igroma cistico, Linfangioma. Escluso: Linfadenectomia singola	€ 51,00	
	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	€ 42,70	
	42.24	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA DELL'ESOFAGO. Non associabile a 42.24.1	€ 123,55	
	42.24.1	BIOPSIA DELL'ESOFAGO IN CORSO DI EGDS Brushing e/o washing per raccolta di campione Non associabile a 45.16.1 e 45.16.2	€ 64,95	
	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 81,60	
	42.29.3	pH-METRIA TELEMETRICA	€ 281,60	
	42.29.4	IMPEDENZIMETRIA ESOFAGEA (24 ORE)	€ 130,00	
	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO in corso di EGDS: polipectomia esofagea e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)	€ 194,40	
	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: biopsia dell'esofago in corso di EGDS (42.24.1)	€ 259,30	
	42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	€ 94,00	
	42.33.4	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE IN CORSO DI EGDS (45.13)	€ 107,00	
	42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO Incluso: EGDS (45.13)	€ 112,55	
	42.93	INIEZIONE PERENDOSCOPICA DI TOSSINA BOTULINICA	€ 94,10	
	43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	€ 200,00	
	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Polipectomia gastrica e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14). Incluso: Controllo di emorragia	€ 193,55	
	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO Incluso: EGDS (45.13) e Controllo di emorragia. Mediante laser o Argon Plasma. Escluso: Biopsia dello stomaco in corso di EGDS (44.14)	€ 259,30	
	44.14	BIOPSIA DELLO STOMACO IN CORSO DI EGDS. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1 e 45.16.2)	€ 64,95	
H	44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE. Non associabile a: 45.14.1, 45.14.2, 45.14.3, 45.16.1, 45.16.2, 44.19.3	€ 556,80	
	44.19.2	BREATH TEST PER HELICOBACTER PYLORI (UREA C13). Compresa somministrazione Urea C13	€ 20,10	
H	44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE Non associabile a 45.13, 44.14.1	€ 253,25	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	44.22.1	DILATAZIONE ENDOSCOPICA DELLO STOMACO, DEL PILORO. Incluso: EGDS (45.13)	€ 185,00	
HR	44.93.1	POSIZIONAMENTO DI PALLONE INTRAGASTRICO	€ 1.470,00	
HR	44.94.1	RIMOZIONE DI PALLONE INTRAGASTRICO	€ 63,00	
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS]. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica (45.16.1), Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede multipla (45.16.2)	€ 64,90	
	45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	€ 863,75	
	45.13.2	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA	€ 88,00	
	45.13.3	ENTEROSCOPIA PER VIA ANTEROGRADA CON BIOPSIA	€ 96,90	
	45.14.1	BIOPSIA DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Brushing o washing per prelievo di campione Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1;45.16.2)	€ 64,95	
	45.14.2	BIOPSIA DELL' INTESTINUO TENUE IN CORSO DI ENTEROSCOPIA Brushing e/o washing per prelievo di campione. Non associabile a Esofagogastroduodenoscopia [EGDS] con biopsia (45.16.1, 45.16.2)	€ 64,95	
	45.14.3	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA IN CORSO DI ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	€ 90,95	
	45.16.1	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 E 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 123,55	
	45.16.2	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGDS] CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Non associabile a: Biopsia dell'esofago (42.24 e 42.24.1); Biopsia dello stomaco (44.14); Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 172,95	
	45.19.1	MARCATURA DI LESIONE DEL TUBO DIGERENTE IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23)	€ 32,45	
	45.19.2	COLORAZIONI VITALI IN CORSO DI EGDS (45.13) O RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24) O COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.23) O ILEOSCOPIA RETROGRADA (45.23.1)	€ 32,45	
	45.23	COLONSCOPIA TOTALE CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Escluso: RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE (45.24), PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23)	€ 95,90	
	45.23.1	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA	€ 116,40	
	45.23.2	ILEOCOLONSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	€ 123,55	
	45.23.3	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA per singolo segmento di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede unica	€ 123,55	
	45.23.4	COLONSCOPIA TOTALE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA per più segmenti di colon. Escluso: i tratti parziali e le biopsie in sede multipla	€ 172,95	
	45.24	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 47,40	
	45.24.1	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE UNICA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 123,55	
	45.24.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA. Endoscopia del colon discendente. Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	€ 172,95	
	45.25	BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	€ 64,95	
	45.25.1	BIOPSIA IN SEDE MULTIPLA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI COLONSCOPIA TOTALE CON TUBO FLESSIBILE. Brushing e/o washing per prelievo di campione. Escluso: BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.24)	€ 90,95	
	45.25.2	BIOPSIA SEDE UNICA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	€ 64,95	
	45.25.3	BIOPSIA SEDE MULTIPLA IN CORSO DI RETTOSIGMOIDOSCOPIA	€ 90,95	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON Non associabile a 45.25, 45.25.1 45.25.2 e 45.25.3. Incluso: Ecoendoscopia del colon (45.29.5)	€ 556,80	
	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE SVUOTAMENTO GASTRICO	€ 74,85	
	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	€ 21,20	
	45.29.3	BREATH TEST PER INTOLLERANZA AL LATTOSIO	€ 21,20	
H	45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON. Non associabile a 45.23, 45.23.1, 45.24, 45.26.1	€ 253,25	
	45.29.6	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' EPATICA	€ 21,20	
	45.29.7	BREATH TEST PER LO STUDIO DELLA FUNZIONALITA' PANCREATICA	€ 21,20	
	45.29.8	TEST DI PERMEABILITA' INTESTINALE	€ 61,05	
	45.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL DUODENO IN CORSO DI EGDS Polipectomia e/o mucosectomia. Escluso: Biopsia del Duodeno (45.14.1)	€ 194,40	
	45.30.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DUODENALE O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: EGDS (45.13). Escluso: Biopsia del duodeno (45.14.1)	€ 259,30	
	45.42	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE UNICA. Polipectomia di uno o più polipi	€ 117,05	
	45.42.1	POLIPECTOMIA DELL' INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA SEDE MULTIPLA. Polipectomia di uno o più polipi	€ 112,00	
	45.42.2	MUCOSECTOMIA DELL'INTESTINO CRASSO IN CORSO DI ENDOSCOPIA	€ 400,00	
	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA . Mediante laser o Argon Plasma. Incluso: Controllo di emorragia. Escluso: Poliectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica (45.42); Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede multipla (45.42.1)	€ 122,65	
	46.85.1	DILATAZIONE DELL'INTESTINO Incluso: Colonscopia Totale con endoscopio flessibile (45.23) e Retto-sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 172,65	
	48.23	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 31,90	
	48.23.1	PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO CON BIOPSIA. Escluso: Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	€ 112,40	
	48.24	BIOPSIA IN CORSO DI PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	€ 64,95	
	48.24.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL RETTO-SIGMA Non associabile a 48.24	€ 556,80	
	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	€ 58,35	
H	48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA Non associabile a PROCTORETTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO (48.23); Ecoendoscopia del colon (45.29.5); Biopsia [ecoendoscopica] del retto-sigma (48.24.1)	€ 253,25	
	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	€ 39,75	
	49.02	INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 39,75	
	49.04	ASPORTAZIONE DI TESSUTI PERIANALI	€ 39,75	
	49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	€ 39,75	
	49.21	ANOSCOPIA	€ 22,70	
	49.23	BIOPSIA DELL' ANO E DEI TESSUTI PERIANALI	€ 31,25	
	49.39	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	€ 47,25	
	49.41	RIDUZIONE DI EMORROIDI	€ 47,50	
	49.42	INIEZIONI SCLEROSANTI DELLE EMORROIDI	€ 16,50	
	49.44	TRATTAMENTO CRIOTERAPICO DI EMORROIDI	€ 47,50	
	49.45	LEGATURA ELASTICA DELLE EMORROIDI	€ 47,50	
	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE [Trombectomia]	€ 47,50	
	49.49.1	TRATTAMENTO DI EMORROIDI CON FOTOCOAGULAZIONE	€ 47,50	
	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione interna di sfintere	€ 45,70	
H	50.11	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO ECOGUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 94,90	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	50.19.1	AGOBIOPSIA PERCUTANEA O AGOASPIRATO DEL FEGATO TC GUIDATA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 189,85	
	50.91.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DEL FEGATO ECOGUIDATA. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	€ 94,90	
H	50.91.2	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA DI NODULI DEL FEGATO. Escluso: Agobiopsia percutanea (50.11). Non associabile all'ecografia del fegato con mezzo di contrasto (88.79.H)	€ 195,00	
H	51.14.1	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL'ALBERO BILIARE O DELLO SFINTERE DI ODDI	€ 89,00	
H	52.13	ECOENDOSCOPIA BILIOPANCREATICA	€ 253,25	
H	52.14	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] BILIOPANCREATICA	€ 556,80	
HR	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
HR	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA..Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
HR	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
HR	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
HR	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
HR	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE. Incluso: Visita anestesilogica, ECG, esami di laboratorio, Visita post intervento	€ 1.068,50	
H	54.00	INCISIONE/DRENAGGIO DELLA PARETE ADDOMINALE	€ 34,85	
	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	€ 25,85	
H	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECOGUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 94,90	
H	54.24.2	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] TC-GUIDATA DI MASSA INTRADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11.1), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	€ 189,85	
	54.91	PARACENTESI. Escluso: Creazione di fistola cutaneo-peritoneale (54.93)	€ 34,85	
H	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 94,45	
H	54.91.2	DRENAGGIO ECO-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	€ 43,55	
H	54.93	POSIZIONAMENTO DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI PERITONEALE. Incluso: Creazione di fistola cutaneo-peritoneale	€ 179,60	
H	54.93.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione di parti di catetere	€ 46,20	
H	54.93.2	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	€ 30,80	
H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Incluso farmaco. Escluso: Dialisi peritoneale (da 54.98.1 a 54.98.7)	€ 61,95	
	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo MENSILE	€ 54,70	
	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con addestramento. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 46,65	
	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD E/O APD) CON BICARBONATO E/O AGENTE OSMOTICO DIVERSO DAL GLUCOSIO. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 83,00	
	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD e/o APD). Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 55,50	
	54.98.5	DIALISI PERITONEALE [CAPD] CON SOLUZIONI DI GLUCOSIO IPERTONICHE. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 52,65	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	54.98.6	DIALISI PERITONEALE CONTINUA [CAPD] con bicarbonato e/o agente osmotico diverso dal glucosio. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 56,65	
	54.98.7	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE [IPD]. Per seduta. Ciclo mensile fino a 31 sedute	€ 50,00	
H	54.98.8	TEST DI EQUILIBRAZIONE PERITONEALE. Incluso: esami di laboratorio KT/V e CICr/BSA	€ 59,15	
H	54.98.A	ULTRAFILTRAZIONE/DIALISI PERITONEALE IN PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO	€ 35,00	
H	55.03	NEFROSTOMIA PERCUTANEA SENZA FRAMMENTAZIONE	€ 843,50	
H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale con o senza sclerotizzazione	€ 68,10	
	55.93	SOSTITUZIONE DI CATETERE NEFROSTOMICO	€ 100,00	
H	56.62	REVISIONE DI URETEROCUTANEOSTOMIA	€ 510,40	
H	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico	€ 32,15	
	57.32	URETROCISTOSCOPIA Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda della vescica, della prostata (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a Cateterizzazione ureterale (59.8)	€ 57,00	
	57.33	URETROCISTOSCOPIA CON BIOPSIA	€ 73,10	
	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO. Incluso: Cistomanometria, Elettromiografia dello sfintere, Profilo pressorio uretrale, Holter	€ 57,25	
	57.94	CATERISMO VESCICALE. Incluso: lavaggio vescicale	€ 9,45	
H	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	€ 64,95	
H	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	€ 45,55	
	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	€ 34,05	
	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. Per seduta	€ 10,45	
H	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE E/O CORPO ESTRANEO	€ 44,80	
H	59.8	CATERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale. Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74.1 e 87.74.2). Non associabile a: Uretrocistoscopia (57.32)	€ 33,30	
	60.11	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	€ 94,90	
H	60.13	AGOBIOPSIA ECOGUIDATA DELLE VESCICHETTE SEMINALI. Approccio transrettale o transperineale	€ 86,80	
	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	€ 18,65	
H	62.11	AGOASPIRATO GONADE MASCHILE. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 99,00	
	63.52	DEROTAZIONE MANUALE DEL FUNICULO E DEL TESTICOLO. Escluso: quella associata ad orchidopessi	€ 17,85	
H	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	€ 100,75	
H	63.99.1	SCLEROTIZZAZIONE DI VARICOCELE	€ 800,00	
H	64.0	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	€ 129,10	
	64.11	BIOPSIA DEL PENE	€ 46,65	
	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi. Escluso: Biopsia del pene (64.11)	€ 57,15	
	64.92.1	FRENULOTOMIA PREPUZIALE	€ 21,25	
	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	€ 22,80	
HR	65.11	AGOASPIRAZIONE ECOGUIDATA DEI FOLLICOLI [Pick up ovocitario]. Prelievo ovociti. Inclusa valutazione ovocitaria. Incluso: eventuale congelamento e conservazione	€ 945,00	
	65.11.1	BIOPSIA ASPIRATIVA DELL'OVAIO	€ 99,00	
H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell'ovaio ecoguidata. Escluso: Biopsia aspirativa dell'ovaio (65.11.1)	€ 99,00	
	67.12	BIOPSIA MIRATA ENDOCERVICALE A GUIDA ISTEROSCOPICA	€ 35,45	
	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21)	€ 34,55	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	67.32	DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICE UTERINA. Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi mediante Diatermocoagulazione, Crioterapia, Laserterapia	€ 43,50	
H	67.32.1	CONIZZAZIONE DELLA CERVICE UTERINA CON ANSA DIATERMICA O LASER A GUIDA COLPOSCOPICA	€ 44,60	
	68.12.1	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	€ 64,35	
	68.16.1	BIOPSIA ENDOMETRIALE. Non associabile a 68.12.1 ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA CON O SENZA BIOPSIA DELL'ENDOMETRIO	€ 64,95	
H	68.29.2	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	€ 259,30	
	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	€ 12,75	
RH	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE [SWIM UP]	€ 75,70	
RH	69.92.2	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) OMOLOGA. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	€ 900,00	
RH	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI A FRESCO. Incluso: coltura.	€ 900,00	
RH	69.92.4	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA). Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 99,00	
RH	69.92.5	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET). Inclusa: valutazione embrionaria pre-transfer. Escluso: per via laparoscopica	€ 450,00	
RH	69.92.6	TRASFERIMENTO DI GAMETI INTRATUBARICO. Escluso: per via laparoscopica	€ 196,00	
RH	69.92.7	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON OVOCITI CONGELATI. Incluso: coltura. Incluso: scongelamento.	€ 2,400,00	
RH	69.92.8	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA (ICSI) ETEROLOGA CON GAMETI MASCHILI. Incluso: coltura. Incluso: eventuale scongelamento.	€ 900,00	
RH	69.92.9	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] DA DONAZIONE DI GAMETI MASCHILI	€ 400,00	
R	69.92.A	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA [IUI] OMOLOGA	€ 95,35	
R	69.92.B	CRIOCONSERVAZIONE DI GAMETI MASCHILI	€ 34,00	
	70.21	COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia. Non associabile a 67.19.1 BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO E DELL'ENDOCERVICE A GUIDA COLPOSCOPICA SU UNA O PIU' SEDI	€ 11,05	
	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA Non associabile a 70.21 COLPOSCOPIA. Incluso: vulvosopia	€ 35,45	
	70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA. Incluso: condilomi vaginali	€ 35,10	
	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE con o senza vulvosopia. Non associabile a COLPOSCOPIA (70.21). Incluso: vulvosopia	€ 46,65	
H	71.22	INCISIONE E MARSUPIALIZZAZIONE DI ASCESSO O CISTI DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	€ 28,25	
	71.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI VULVARI E PERINEALI INCLUSI CONDILOMI. Non associabile a 70.33.1 ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA e 67.32 DEMOLIZIONE/ESCISIONE DI LESIONE DELLA CERVICE	€ 23,35	
H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	€ 87,85	
	75.10.2	AMNIOCENTESI	€ 73,90	
RH	75.33.1	FUNIColocentesi PER LA DIAGNOSI PRENATALE DI PATOLOGIE DEL FETO	€ 97,10	
	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA ESTERNA	€ 16,40	
	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	€ 30,65	
H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti dei mascellari	€ 115,25	
	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	€ 25,25	
	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	€ 27,85	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Incluso farmaco	€ 27,85	
	76.97	RIMOZIONE DI MEZZI DI FISSAZIONE INTERNA DALLE OSSA FACCIALI. Escluso: rimozione di mezzo di fissazione SAI esterno alla mandibola, cerchiaggio dentale	€ 15,00	
H	76.99	BLOCCAGGIO O SBLOCCAGGIO INTERMASCELLARE	€ 154,90	
	77.40	BIOPSIA DELL'OSSO IN SEDE NON SPECIFICATA	€ 42,70	
HR	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.365,00	
	78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, sede non specificata	€ 38,80	
HR	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento (incluso eventuale shaving cartilagineo), medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
	80.3	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Escluso: Biopsia dell'anca	€ 53,80	
H	81.16	ARTRODESI METATARSOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
H	81.25	ARTRODESI CARPO-RADIALE Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80	
H	81.26	ARTRODESI METACARPOCARPALE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80	
H	81.27	ARTRODESI METACARPOFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.466,80	
H	81.28	ARTRODESI INTERFALANGEA. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.111,00	
H	81.72	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.505,00	
H	81.75	ARTROPLASTICA DELL' ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.505,00	
	81.91	ARTROCENESI Aspirazione articolare Escluso: quella per biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	€ 31,25	
	81.91.1	ARTROCENESI ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Incluso: eventuale iniezione di sostanze terapeutiche nell'ATM. Non associabile a 76.96	€ 31,25	
	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO, O NELLE BORSE, O NEI TENDINI. Incluso: eventuale guida ecografica. Per seduta. Incluso farmaco	€ 27,85	
RH	81.92.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE SPECIFICHE NEL LEGAMENTO [CORDONE RETRAENTE] DELLA MANO. Incluso: visita pre e post procedura, estensione manuale post-24 ore. Incluso farmaco	€ 290,00	
H	82.04	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SPAZIO PALMARE O TENARE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 290,00	
H	82.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
H	82.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	
H	82.29	ASPORTAZIONE DI ALTRE LESIONI DEI TESSUTI MOLLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.124,85	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	82.31	BORSECTOMIA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.124,85	
H	82.41	SUTURA DELLA FASCIA TENDINEA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.124,85	
H	82.45	SUTURA DEI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.452,00	
H	82.46	SUTURA DEI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.124,85	
H	82.53	REINSERZIONE DI TENDINI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.452,00	
H	82.54	REINSERZIONE DI MUSCOLI DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.111,00	
H	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO [Dito a scatto]. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.080,10	
	83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	€ 22,50	
H	83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti di sutura, visita di controllo. Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	€ 31,80	
	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI. Escluso: Biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	€ 41,05	
H	83.21.1	BIOPSIA ECOGUIDATA DEI TESSUTI MOLLI/MUSCOLI	€ 51,30	
H	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	€ 38,15	
H	83.61	SUTURA DI GUAINA TENDINEA	€ 31,00	
	83.65.1	SUTURA DI MUSCOLI O FASCE	€ 14,00	
H	83.65.2	SUTURA DI FERITA PROFONDA CON LESIONE FASCIALE	€ 14,00	
H	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL'INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni da 99.25 a 99.29.9. Incluso: costo del farmaco ed eventuale guida ecografica	€ 6,95	
HR	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90	
HR	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	€ 1.286,90	
HR	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 826,00	
H	84.3	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE. Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti. visita di controllo	€ 1.286,90	
	85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia. Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	€ 30,85	
	85.11	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 31,25	
	85.11.1	AGOASPIRATO ECOGUIDATO DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	€ 39,10	
	85.11.2	AGOASPIRATO DELLA MAMMELLA IN STEREOTASSI. Incluso: valutazione adeguatezza del prelievo	€ 42,20	
	85.11.3	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" ECOGUIDATA	€ 408,90	
	85.11.4	BIOPSIA [PERCUTANEA] MAMMARIA "VACUUM ASSISTED" IN STEREOTASSI	€ 429,35	
	85.11.5	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 94,90	
	85.11.6	BIOPSIA ECOGUIDATA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 97,00	
	85.11.7	BIOPSIA STEROTASSICA DELLA MAMMELLA CON TRU-CUT	€ 128,10	
	85.11.9	BIOPSIA RM DELLA MAMMELLA CON RETROASPIRAZIONE	€ 510,00	
	85.19.1	BIOPSIA CHIRURGICA DELLA MAMMELLA CON O SENZA REPERAGGIO STEREOTASSICO	€ 510,00	
	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA. Incisione di ascesso mammario	€ 32,55	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Agoaspirato della mammella (85.11)	€ 36,80	
H	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Ecoguidata	€ 39,10	
	85.24	ASPORTAZIONE DI TESSUTO ECTOPICO DELLA MAMMELLA	€ 32,55	
	85.25	ASPORTAZIONE DEL CAPEZZOLO	€ 32,55	
	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	€ 9,15	
	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	€ 16,85	
	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE. Per seduta. Incluso farmaco	€ 9,05	
	86.02.3	TATUAGGIO PER PIGMENTAZIONE DEL COMPLESSO AREOLA-CAPEZZOLO	€ 16,50	
	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	€ 31,05	
	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Incluso: incisione di ascesso, favo o flemmone. Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	€ 42,75	
	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS (98.20) e RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE (98.24)	€ 40,05	
H	86.05.2	REVISIONE O RIMOZIONE DI LOOP RECORDER	€ 40,05	
H	86.06	INSERZIONE DI POMPA DI INFUSIONE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 280,50	
	86.06.1	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE/ANALGESICHE PER RIFORNIMENTO DI POMPA ELASTOMERICA. Per via sottocutanea o endovenosa. Incluso farmaco	€ 4,00	
H	86.07	INSERZIONE DI DISPOSITIVO DI ACCESSO VASCOLARE TOTALMENTE IMPIANTABILE. Non associabile a 03.91.1	€ 395,00	
	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	€ 38,50	
	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	€ 53,65	
	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	€ 8,40	
	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE. Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	€ 20,10	
	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA. Per seduta	€ 14,65	
	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. Per seduta	€ 14,75	
	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER	€ 23,90	
	86.30.5	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONI O TESSUTO CUTANEO O SOTTOCUTANEO CON APPLICAZIONE DI PUNTI DI SUTURA	€ 34,00	
	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	€ 34,00	
	86.59.4	CHIUSURA DI TRACHEOSTOMIA	€ 12,00	
H	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20	
H	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20	
H	86.63	INNESTO DI CUTE A TUTTO SPESSORE IN ALTRA SEDE. Escluso: Innesto eterologo (86.65), Innesto omologo	€ 235,20	
	86.65	INNESTO ETEROLOGO SULLA CUTE	€ 247,90	
H	86.69	ALTRO INNESTO DI CUTE SU ALTRE SEDI. Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	€ 235,20	
H	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI. Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) - Taglio parziale di peduncolo o lembo - Sezione di peduncolo di lembo	€ 340,25	
H	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	€ 340,25	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	€ 327,80	
H	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI. Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente pedunculato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	€ 453,65	
H	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO. Distacco di lembo pedunculato. Assottigliamento di lembo pedunculato	€ 283,55	
H	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	€ 294,00	
H	86.85	CORREZIONE DI SINDATTILIA	€ 1.286,90	
	86.86	ONICOPLASTICA	€ 882,00	
	86.92	ELETTROLISI E ALTRA DEPILAZIONE CUTANEA	€ 30,95	
	87.03	TC CRANIO-ENCEFALO. Non associabile a TC Sella Turcica (87.03.A) e TC Orbita (87.03.C)	€ 74,85	
	87.03.1	TC CRANIO-ENCEFALO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC Sella Turcica con e senza MDC (87.03.B) e TC Orbita con e senza MDC (87.03.D)	€ 120,40	
	87.03.2	TC MASSICCIO FACCIALE [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	€ 80,45	
	87.03.3	TC MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [mascellare, mandibolare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari]	€ 127,80	
	87.03.5	TC DELL' ORECCHIO [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 74,85	
	87.03.6	TC DELL' ORECCHIO SENZA E CON MDC [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	€ 120,40	
	87.03.7	TC DEL COLLO [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 74,85	
	87.03.8	TC DEL COLLO SENZA E CON MDC [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	€ 120,40	
	87.03.9	TC DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALO TC]	€ 127,80	
	87.03.A	TC SELLA TURCICA (studio selettivo)	€ 74,85	
	87.03.B	TC DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (studio selettivo)	€ 120,40	
	87.03.C	TC ORBITE (studio selettivo)	€ 74,85	
	87.03.D	TC ORBITE SENZA E CON MDC (studio selettivo)	€ 120,40	
	87.03.E	TC DI SINGOLA ARCATA DENTARIA [DENTALSCAN]	€ 44,90	
	87.03.F	TC DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]	€ 72,25	
	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	€ 85,20	
H	87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 30,45	
	87.06.1	RX GHIANDOLE SALIVARI CON MDC, STUDIO MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 54,70	
	87.09.1	RX DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari	€ 15,20	
	87.09.2	RX DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Studio funzionale della via digestiva superiore, con MDC baritato o idrosolubile. Incluso: videoregistrazione	€ 66,60	
	87.11.2	RX CON OCCLUSALE DELLE ARCADE DENTARIE. Due arcate: superiore e inferiore	€ 9,30	
	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	€ 20,65	
	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	€ 10,30	
	87.12.2	RADIOGRAFIA ENDORALE. Non associabile a Prima visita odontostomatologica (89.7B.5)	€ 6,20	
	87.16.3	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	€ 26,85	
	87.16.4	STRATIGRAFIA DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE BILATERALE. Incluso: esame diretto ed eventuale stratigrafia dinamica	€ 44,40	
	87.16.6	RX ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE	€ 14,95	
	87.16.7	RX EMIMANDIBOLA	€ 14,95	
	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	€ 17,30	
	87.17.4	RX STANDARD DEL CRANIO. Studio in anteroposteriore, laterolaterale e occipito-naso-mento	€ 22,20	
	87.22	RX DELLA COLONNA CERVICALE. Incluso: studio dinamico	€ 18,05	
	87.23	RX DELLA COLONNA DORSALE. Incluso: studio dinamico	€ 17,30	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	87.23.6	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE DORSALE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA	€ 17,30	
	87.24	RX DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. Incluso: studio dinamico	€ 17,30	
	87.24.6	RX STANDARD SACROCOCCIGE. Non associabile a RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	€ 17,30	
	87.24.7	RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE. Valutazione delle altezze dei somi vertebrali su radiografia in LL della colonna per definizione quantitativa di frattura benigna osteoporotica, con tecnica radiologica o DXA. Non associabile a Rx standard sacrococcige (87.24.6)	€ 17,30	
	87.29	RX COMPLETA DELLA COLONNA E DEL BACINO SOTTO CARICO. Non associabile a RX STANDARD SACROCOCCIGE (87.24.6); RX MORFOMETRIA VERTEBRALE LOMBARE (87.24.7)	€ 34,60	
	87.35	GALATTOGRAFIA [DUTTOGRAFIA, DUTTOGALATTOGRAFIA] MONOLATERALE	€ 68,15	
	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	€ 34,85	
	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	€ 22,95	
	87.41	TC DEL TORACE [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 77,65	
	87.41.1	TC DEL TORACE SENZA E CON MDC [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	€ 124,10	
	87.42.4	TC CUORE. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	€ 77,65	
	87.42.5	TC DEL CUORE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC del cuore (87.42.4) e TC coronarografia (87.42.6)	€ 141,45	
	87.42.6	TC CORONAROGRAFIA. Non associabile a TC del cuore senza e con mdc (87.42.5)	€ 141,45	
	87.43.1	RX DELLO SCHELETRO COSTALE BILATERALE. Studio panoramico dello scheletro toracico. Escluso: colonna vertebrale	€ 24,25	
	87.43.3	RX DELLO SCHELETRO COSTALE MONOLATERALE	€ 18,75	
	87.43.4	RX DELLO STERNO	€ 18,75	
	87.43.5	RX DELLA CLAVICOLA	€ 21,20	
	87.44.1	RX DEL TORACE. Radiografia standard del torace in 2 proiezioni posteroanteriore e laterolaterale	€ 15,45	
	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANSCATETERE. Incluso: esame diretto	€ 55,80	
H	87.61	RX COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	€ 70,50	
	87.62	RX DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE CON MDC SINGOLO BARITATO O IDROSOLUBILE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago, stomaco e duodeno)	€ 50,10	
	87.62.1	RX DELL'ESOFAGO CON MDC SINGOLO	€ 37,40	
	87.62.2	RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO. Non associabile a Rx dell'esofago, stomaco e duodeno con doppio MDC (87.62.3)	€ 47,25	
	87.62.3	RX DELL'ESOFAGO, STOMACO E DUODENO CON DOPPIO MDC. Non associabile a: RX DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO (87.62.2)	€ 59,35	
	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE CON SINGOLO CONTRASTO	€ 45,45	
	87.64.1	TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	€ 29,95	
	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE CON MDC BARITATO O IDROSOLUBILE	€ 51,65	
	87.65.2	CLISMA DEL COLON CON DOPPIO CONTRASTO	€ 91,65	
	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO (con enteroclisi)	€ 140,95	
	87.69.2	ANSOGRAMMA COLICO PER ATRESIA ANORETTALE	€ 63,25	
	87.69.3	DEFECOGRAFIA	€ 63,25	
	87.69.4	ENTEROCOLPOCISTODEFECOGRAFIA	€ 84,80	
	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto, cistografia ed eventuale tomografia renale	€ 89,35	
	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 68,65	
	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. Incluso: esame diretto	€ 91,90	
	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSOMICA MONOLATERALE. Incluso: esame diretto	€ 43,35	
	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA E MINZIONALE	€ 66,10	
H	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	€ 53,70	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	87.79.1	URETROGRAFIA RETROGRADA	€ 43,90	
	87.79.2	ESAME UROVIDEODINAMICO [RX]	€ 68,00	
	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	€ 108,45	
	87.83.1	ISTEROSALPINGOSONOGRAMMA. Non associabile a Isterosalpingografia (87.83) e Isterosonografia (87.83.2)	€ 60,55	
	87.83.2	ISTEROSONOGRAMMA [idrosonografia]. Non associabile a Ecografia ginecologica (88.78.2)	€ 46,00	
	88.01.1	TC DELL' ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 79,45	
	88.01.2	TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC . Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	€ 126,90	
	88.01.3	TC DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 79,45	
	88.01.4	TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	€ 126,90	
	88.01.5	TC DELL' ADDOME COMPLETO	€ 103,65	
	88.01.6	TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC	€ 158,00	
	88.01.7	TC FEGATO MULTIFASICA. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	€ 144,40	
	88.01.8	TC [CLISMA TC] TENUE (con enteroclisi). Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2)	€ 165,55	
	88.01.9	TC COLON. Incluso: eventuale studio dell'addome extraintestinale e Colonscopia virtuale. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	€ 158,00	
	88.02.1	TC UROGRAFIA. Incluso: eventuale studio dell'addome extraurinario. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1) e TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6)	€ 158,00	
	88.03.2	FISTOLOGRAFIA	€ 54,20	
	88.19	RX DIRETTA DELL' ADDOME [RX DELL'ADDOME] [RX APPARATO URINARIO A VUOTO]	€ 19,35	
	88.21.1	RX DELLO STRETTO TORACICO SUPERIORE - STUDIO DELLA CLAVICOLA E DELL'ARTICOLAZIONE STERNOCLAVEARE	€ 17,80	
	88.21.2	RX DELLA SPALLA	€ 17,80	
	88.21.3	RX DEL BRACCIO	€ 17,80	
	88.22.1	RX DEL GOMITO	€ 14,95	
	88.22.2	RX DELL'AVAMBRACCIO	€ 14,95	
	88.23.1	RX DEL POLSO	€ 14,20	
	88.23.2	RX DELLA MANO comprese le dita	€ 14,20	
	88.26.1	RX DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	€ 17,55	
	88.26.2	RX DELL'ANCA	€ 17,55	
	88.27.1	RX DEL FEMORE	€ 21,15	
	88.27.2	RX DEL GINOCCHIO	€ 21,15	
	88.27.3	RX DELLA GAMBA	€ 21,15	
	88.28.1	RX DELLA CAVIGLIA	€ 17,80	
	88.28.2	RX DEL PIEDE [CALCAGNO] comprese le dita	€ 17,80	
	88.29.1	RX COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	€ 30,20	
	88.29.3	STUDIO ARTICOLARE DINAMICO SOTTO STRESS E/O SOTTOCARICO. Per singola articolazione periferica	€ 26,30	
	88.31	RX DELLO SCHELETRO IN TOTO [RX scheletro per patologia sistemica]	€ 90,35	
R	88.31.1	RX COMPLETA DEL LATTANTE	€ 22,45	
R	88.32	ARTROGRAFIA CON MDC	€ 82,10	
H	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	€ 12,10	
	88.38.5	TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE	€ 77,85	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	€ 135,70	
	88.38.9	TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. Almeno tre distretti anatomici	€ 284,45	
	88.38.A	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a: TC DEL COLLO (87.03.7) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 90,90	
	88.38.B	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 90,90	
	88.38.C	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE (88.01.1), TC DELL' ADDOME INFERIORE (88.01.3), TC DELL' ADDOME COMPLETO (88.01.5), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 90,90	
	88.38.D	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE CERVICALE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture del collo. Non associabile a TC DEL COLLO SENZA E CON MDC (87.03.8) e TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 124,10	
	88.38.E	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TORACICO SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture toraciche. Non associabile a TC DEL TORACE (87.41), TC DEL TORACE SENZA E CON MDC (87.41.1), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 124,10	
	88.38.F	TC DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE LOMBOSACRALE E DEL SACRO COCCIGE SENZA E CON MDC. Incluso: eventuale valutazione delle strutture addominali. Non associabile a TC DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC (88.01.2), TC DELL' ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC (88.01.4), TC DELL' ADDOME COMPLETO SENZA E CON MDC (88.01.6), TC TOTAL BODY PER STADIAZIONE ONCOLOGICA (88.38.9)	€ 124,10	
	88.38.G	TC DELLA SPALLA. Non associabile a TC DEL BRACCIO (88.38.H) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	€ 73,60	
	88.38.H	TC DEL BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DI SPALLA E BRACCIO (88.38.N)	€ 73,60	
	88.38.J	TC DEL GOMITO. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	€ 73,60	
	88.38.K	TC DELL'AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO (88.38.P)	€ 73,60	
	88.38.L	TC DEL POLSO. Non associabile a TC DELLA MANO (88.38.M) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	€ 81,80	
	88.38.M	TC DELLA MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DI POLSO E MANO (88.38.Q)	€ 81,80	
	88.38.N	TC DI SPALLA E BRACCIO. Non associabile a TC DELLA SPALLA (88.38.G) e TC DEL BRACCIO (88.38.H)	€ 81,80	
	88.38.P	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO. Non associabile a TC DEL GOMITO (88.38.J) e TC DELL'AVAMBRACCIO (88.38.K)	€ 81,80	
	88.38.Q	TC DI POLSO E MANO. Non associabile a TC DEL POLSO (88.38.L) e TC DELLA MANO (88.38.M)	€ 81,80	
	88.38.R	TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	€ 116,70	
	88.38.S	TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.X)	€ 116,70	
	88.38.T	TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	€ 116,70	
	88.38.U	TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.Y)	€ 116,70	
	88.38.V	TC DEL POLSO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	€ 116,70	
	88.38.W	TC DELLA MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC (88.38.Z)	€ 116,70	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.38.X	TC DI SPALLA E BRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA SPALLA SENZA E CON MDC (88.38.R) e TC DEL BRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.S)	€ 129,65	
	88.38.Y	TC DI GOMITO E AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GOMITO SENZA E CON MDC (88.38.T) e TC DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC (88.38.U)	€ 129,65	
	88.38.Z	TC DI POLSO E MANO SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL POLSO SENZA E CON MDC (88.38.V) e TC DELLA MANO SENZA E CON MDC (88.38.W)	€ 129,65	
	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA DI CORPO ESTRANEO	€ 15,45	
	88.39.2	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE. Non associabile a TC DELLACOSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	€ 73,95	
	88.39.3	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE]. Non associabile a TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE (88.39.2), TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5) e TC DEL GINOCCHIO (88.39.4)	€ 73,95	
	88.39.4	TC DEL GINOCCHIO. Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] (88.39.3) e TC DELLA GAMBIA (88.39.5)	€ 73,95	
	88.39.5	TC DELLA GAMBIA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 73,95	
	88.39.6	TC DELLA CAVIGLIA. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA GAMBIA (88.39.5)	€ 77,85	
	88.39.7	TC DEL PIEDE. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 77,85	
	88.39.8	TC DI GINOCCHIO E GAMBIA. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO (88.39.4) e TC DELLA GAMBIA (88.39.5)	€ 77,85	
	88.39.9	TC DI CAVIGLIA E PIEDE. Non associabile a TC DEL PIEDE (88.39.7) e TC DELLA CAVIGLIA (88.39.6)	€ 77,85	
	88.39.A	TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DI BACINO E ARTICOLAZIONI SACROILIACHE (88.38.5)	€ 117,90	
	88.39.B	TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Non associabile TC DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SENZA E CON MDC (88.39.A) e TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C)	€ 117,90	
	88.39.C	TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC Non associabile a TC DELLA COSCIA [TC DEL FEMORE] SENZA E CON MDC (88.39.B) e TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D)	€ 117,90	
	88.39.D	TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	€ 117,90	
	88.39.E	TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	€ 117,90	
	88.39.F	TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E)	€ 117,90	
	88.39.G	TC DI GINOCCHIO E GAMBIA SENZA E CON MDC. Non associabile a TC DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC (88.39.C) e TC DELLA GAMBIA SENZA E CON MDC (88.39.D)	€ 124,10	
	88.39.H	TC DI CAVIGLIA E PIEDE SENZA E CON MDC. Non associabile a: TC DI CAVIGLIA E PIEDE (88.39.9), TC DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC (88.39.E) e TC DEL PIEDE SENZA E CON MDC (88.39.F)	€ 124,10	
	88.41.1	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.2) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	€ 141,45	
	88.41.2	ANGIO TC DEI VASI DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI (88.41.1) e ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI] (88.41.3)	€ 141,45	
	88.41.3	ANGIO TC DEI VASI INTRACRANICI E DEL COLLO [CAROTIDI]. Non associabile a 88.41.1 e 88.41.2	€ 152,25	
H	88.42.1	AORTOGRAFIA TORACICA. Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico e origine dei vasi epi-aortici	€ 288,85	
H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	€ 292,80	
	88.43	ANGIO TC DEL CIRCOLO POLMONARE	€ 141,45	
	88.44.1	ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	€ 141,45	
	88.45	ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI (88.45.1)	€ 141,45	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.45.1	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTERIE RENALI. Non associabile a ANGIO TC DELLE ARTERIE RENALI (88.45) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.1)	€ 141,45	
	88.47.1	ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE (88.47.2)	€ 141,45	
	88.47.2	ANGIO TC DELL'AORTA TORACO ADDOMINALE. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA TORACICA (88.44.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	€ 141,45	
	88.47.3	ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI (88.48.1) e ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1)	€ 183,90	
H	88.48	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO INFERIORE	€ 299,75	
	88.48.1	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI INFERIORI. Non associabile a ANGIO TC DELL'AORTA ADDOMINALE (88.47.1) e ANGIO TC DI AORTA ADDOMINALE E ARTI INFERIORI (88.47.3)	€ 141,45	
H	88.49.1	ARTERIOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	€ 299,75	
	88.49.2	ANGIO TC [ARTERIOSA E VENOSA] DEGLI ARTI SUPERIORI	€ 141,45	
H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	€ 259,15	
	88.63.2	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL' ARTO SUPERIORE	€ 246,35	
H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	€ 246,35	
	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	€ 246,35	
	88.65.4	FLEBOGRAFIA SPERMATICA	€ 256,65	
	88.66.1	FLEBOGRAFIA MONOLATERALE DELL'ARTO INFERIORE	€ 246,35	
	88.66.2	FLEBOGRAFIA BILATERALE DEGLI ARTI INFERIORI	€ 285,05	
	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	€ 31,25	
	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	€ 45,95	
	88.71.3	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO	€ 49,05	
	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari maggiori, tiroide, paratiroidi, strutture muscolari del collo, stazioni linfoghiandolari. Incluso: eventuale ecocolor Doppler delle ghiandole salivari e della tiroide. Escluso Ecocolor Doppler delle paratiroidi 88.73.7	€ 28,40	
	88.71.5	ECOCOLORDOPPLER TRANSCRANICO CON E SENZA MEZZO DI CONTRASTO	€ 33,00	
	88.71.6	MONITORAGGIO DOPPLER TRANSCRANICO PER IL MICROEMBOLISMO (MESH)	€ 46,95	
	88.72.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica (88.72.3)	€ 60,15	
H	88.72.3	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2)	€ 66,00	
H	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA Ecocardiografia transesofagea Non associabile a ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFOGEEA (88.73.8)	€ 77,45	
	88.72.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA FETALE	€ 41,30	
HR	88.72.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova (88.72.7)	€ 63,25	
HR	88.72.7	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo (88.72.2) e ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA SENZA e CON MDC A riposo. (88.72.6)	€ 76,55	
	88.73.1	ECOGRAFIA BILATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler. Incluso: eventuale valutazione clinica della mammella	€ 42,65	
	88.73.2	ECOGRAFIA MONOLATERALE DELLA MAMMELLA. Incluso: ecografia del cavo ascellare ed eventuale integrazione Color Doppler	€ 21,15	
	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA. Incluso: eventuale integrazione Color Doppler	€ 35,85	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. Incluso: carotidi, vertebrali, tronco anonimo e succlavia. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica. Valutazione degli indici quantitativi e semiquantitativi	€ 43,90	
	88.73.6	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEI VASI VENOSI DEL COLLO. Incluso: giugulari, succlavie, vene anonime	€ 47,00	
	88.73.7	ECOCOLORDOPPLER PARATIROIDI	€ 37,00	
H	88.73.8	ECOGRAFIA MEDIASTINICA TRANSESOFOGEEA Non associabile a ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA (88.72.4)	€ 51,00	
	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: fegato, vie biliari, colecisti, asse venoso spleno-portale, pancreas, milza, aorta addominale e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, linfonodi, eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.75.1, 88.76.1, 88.76.6	€ 44,95	
	88.74.6	STUDIO ECOGRAFICO DEL TEMPO DI SVUOTAMENTO GASTRICO. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 46,00	
	88.74.7	STUDIO ECOGRAFICO DEL REFLUSSO GASTROESOFAGEO. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 37,55	
	88.74.8	ECOGRAFIA DELLE VIE DIGESTIVE. Incluso: eventuale integrazione Colordoppler	€ 26,95	
	88.74.9	ECOCOLORDOPPLER ARTERIE RENALI. Studio ipertensione renovascolare. Incluso: indici qualitativi e semiquantitativi	€ 45,00	
	88.74.A	ECOCOLORDOPPLER VASI SPLANCNICI. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	€ 46,00	
	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE. Incluso: reni e surreni, ureteri, vescica, prostata, pelvi maschile o femminile ed ecografia sovrapubica. Incluso eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.76.1, 88.79.5, 88.79.6	€ 37,80	
	88.76.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a 88.74.1, 88.75.1	€ 61,20	
	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI. Escluso: vasi viscerali	€ 35,00	
	88.76.4	ECOCOLOR DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI ARTERIOSI O VENOSI CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO. Escluso: vasi viscerali	€ 72,30	
	88.76.5	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI	€ 34,00	
	88.76.6	ECOCOLORDOPPLER VASI VISCERALI CON MEZZO DI CONTRASTO	€ 62,00	
	88.77.4	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 47,00	
	88.77.5	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 48,00	
	88.77.6	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 43,00	
	88.77.7	ECOCOLORDOPPLER DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSO E/O VENOSO. A riposo e dopo prova fisica o farmacologica. Inclusa valutazione degli indici qualitativi e semiquantitativi	€ 43,00	
	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	€ 30,95	
	88.78.1	MONITORAGGIO ECOGRAFICO DEL CICLO OVULATORIO. Minimo 4 sedute. Non associabile a: Ecografia dell'addome inferiore 88.75.1, Ecografia dell'addome completo 88.76.1	€ 151,20	
	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA con sonda transvaginale o addominale. Incluso: eventuale Ecocolor Doppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e MONITORAGGIO ECOGRAFICO E ORMONALE DEL CICLO OVULATORIO (88.76.1)	€ 30,95	
R	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA MORFOLOGICA. Non associabile a 88.75.1 ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	€ 68,95	
R	88.78.4	ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale. Incluso: consulenza pre e post test combinato	€ 30,95	
	88.78.5	FLUSSIMETRIA. [ECOCOLORDOPPLER FETOPLACENTARE] Incluso: valutazione indici qualitativi e semiquantitativi	€ 50,10	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
R	88.78.6	ECOGRAFIA OSTETRICA. Incluso: studio della traslucenza nucale. Non associabile a ECOGRAFIA OSTETRICA per studio della traslucenza nucale (88.78.4)	€ 30,95	
	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Studio delle parti molli. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 28,40	
	88.79.2	ECOGRAFIA DELLE ANCHE NEL NEONATO	€ 32,50	
	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E OSTEOARTICOLARE. Per singola articolazione o distretto muscolare. Inclusa eventuale integrazione colordoppler	€ 28,40	
	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE. Non associabile a ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA (88.79.D)	€ 30,95	
	88.79.6	ECOGRAFIA SCROTALE. Incluso: testicoli e annessi testicolari. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 30,95	
	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE. Incluso: ecografia dell'addome inferiore. Incluso: eventuale integrazione colordoppler. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 43,35	
	88.79.9	ECOGRAFIA REGIONE INGUINO-CRURALE. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 37,80	
	88.79.A	ECOGRAFIA PARETE ADDOMINALE. Studio di ernia o di diastasi muscolare. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 37,80	
R	88.79.B	CISTOSONOGRAFIA CON MDC. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1)	€ 53,70	
	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER PENIENO DINAMICO CON STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi. Non associabile a ECOGRAFIA DEL PENE (88.79.5)	€ 50,10	
	88.79.E	ECOCOLORDOPPLER SCROTALE. Studio di varicocele e torsione testicolare. Incluso: valutazione morfologica ed indici qualitativi e semiquantitativi	€ 40,00	
	88.79.F	ECOGRAFIA ENDOANALE. Incluso: eventuale integrazione colordoppler	€ 43,35	
	88.79.H	ECOGRAFIA ORGANO MIRATA CON MDC. Inclusa eventuale integrazione color doppler	€ 29,30	
H	88.79.K	ECOGRAFIA DELLE ANSE INTESTINALI. Non associabile a ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE (88.74.1), ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 30,00	
	88.79.L	ECOGRAFIA STAZIONI LINFONODALI PLURIDISTRETTUALI (LATEROCERVICALE, SOVRACLAVEARE, ASCELLARE, INGUINALE)	€ 28,40	
	88.91.1	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE	€ 166,55	
	88.91.2	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON MDC	€ 247,50	
	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	€ 184,80	
	88.91.6	RM DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,05	
	88.91.7	RM DEL COLLO SENZA E CON MDC [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 187,10	
	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	€ 184,80	
	88.91.A	RM DEL MASSICCIO FACCIALE [Mascella, mandibola, cavità nasali, seni paranasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05	
	88.91.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05	
	88.91.C	RM DELLA SELLA TURCICA. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLE ROCCHIE PETROSE (88.91.D), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.91.D	RM DELLE ROCCHES PETROSE. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ORBITE (88.91.E), e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05	
	88.91.E	RM DELLE ORBITE. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO (88.91.F)	€ 120,05	
	88.91.F	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO. Studio multidistrettuale di due o più segmenti/distretti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE (88.91.A), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE E/O BILATERALE (88.91.B), RM DELLA SELLA TURCICA (88.91.C), RM DELLE ROCCHES PETROSE (88.91.D) e RM DELLE ORBITE (88.91.E)	€ 120,05	
	88.91.G	RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC [Mascella, mandibola, cavità nasali, seniparanasali, etmoide]. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05	
	88.91.H	RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Incluso eventuale esame dinamico. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05	
	88.91.J	RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05	
	88.91.K	RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L) e RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05	
	88.91.L	RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC (88.91.M)	€ 187,05	
	88.91.M	RM DEL MASSICCIO FACCIALE COMPLESSIVO SENZA E CON MDC. Studio multidistrettuale di due o più segmenti. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON MDC (88.91.G), RM DELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE MONOLATERALE O BILATERALE SENZA E CON MDC (88.91.H), RM DELLA SELLA TURCICA SENZA E CON MDC (88.91.J), RM DELLE ROCCHES PETROSE SENZA E CON MDC (88.91.K), RM DELLE ORBITE SENZA E CON MDC (88.91.L)	€ 187,05	
	88.91.N	ANGIO RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO SENZA E CON MDC	€ 187,10	
	88.91.P	ANGIO RM DEI VASI DEL COLLO SENZA E CON MDC	€ 187,10	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.91.R	RM FLUSSIMETRIA LIQUORALE QUANTITATIVA. Incluso: Esame di base	€ 184,80	
	88.91.T	RM STUDI FUNZIONALI ATTIVAZIONE CORTICALE. Incluso: Esame di base	€ 187,10	
H	88.91.U	RM DI ENCEFALO E TRONCO ENCEFALICO, GIUNZIONE CRANIO SPINALE E RELATIVO DISTRETTO VASCOLARE SENZA E CON CONTRASTO. Inclusa Anestesia e Visita anestesiológica per pazienti <u>pediatrici o non collaboranti</u>	€ 247,50	
	88.92	RM DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 115,80	
	88.92.1	RM DEL TORACE SENZA E CON MDC [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica]. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 181,25	
	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	€ 184,80	
	88.92.3	CINE RM DEL CUORE	€ 120,05	
	88.92.4	CINE RM DEL CUORE SENZA E CON MDC	€ 187,10	
	88.92.5	CINE RM DEL CUORE. Senza e con stress funzionale	€ 232,80	
	88.92.9	RM MAMMARIA MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC	€ 187,10	
	88.92.A	ANGIO RM DEL DISTRETTO TORACICO SENZA E CON MDC	€ 187,10	
	88.92.B	ANGIO RM CORONARICA	€ 174,60	
	88.93.2	RM DEL RACHIDE CERVICALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80	
	88.93.3	RM DEL RACHIDE DORSALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80	
	88.93.4	RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80	
	88.93.5	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO (88.93.6)	€ 115,80	
	88.93.6	RM DELLA COLONNA IN TOTO. Non associabile a RM DEL RACHIDE CERVICALE (88.93.2), RM DEL RACHIDE DORSALE (88.93.3), RM DEL RACHIDE LOMBOSACRALE (88.93.4), RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO (88.93.5)	€ 231,60	
	88.93.7	RM DEL RACHIDE CERVICALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25	
	88.93.8	RM DEL RACHIDE DORSALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25	
	88.93.9	RM DEL RACHIDE LOMBO-SACRALE SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25	
	88.93.A	RM DEL RACHIDE SACROCOCCIGEO SENZA E CON MDC. Non associabile a RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC (88.93.B)	€ 181,25	
	88.93.B	RM DELLA COLONNA IN TOTO SENZA E CON MDC. Non associabile a 88.93.7, 88.93.8, 88.93.9, 88.93.A	€ 361,50	
	88.93.C	ANGIO RM MIDOLLO SPINALE CON MDC	€ 181,25	
	88.94	ARTRO RM. Incluso: esame di base. Per distretto articolare. Non associabile a ARTROGRAFIA CON MDC (88.32) e a RM del distretto articolare interessato	€ 126,55	
	88.94.4	RM DELLA SPALLA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.5	RM DEL BRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.6	RM DEL GOMITO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.7	RM DELL'AVAMBRACCIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.8	RM DEL POLSO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.9	RM DELLA MANO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.A	RM DEL BACINO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.B	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.C	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE]. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.D	RM DEL GINOCCHIO. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.E	RM DELLA GAMBA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.F	RM DELLA CAVIGLIA. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	
	88.94.G	RM DEL PIEDE. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 115,80	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.94.H	RM DELLA SPALLA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.J	RM DEL BRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.K	RM DEL GOMITO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.L	RM DELL'AVAMBRACCIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.M	RM DEL POLSO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.N	RM DELLA MANO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.P	RM DEL BACINO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.Q	RM DELL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE MONO E/O BILATERALE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.R	RM DELLA COSCIA [RM DEL FEMORE] SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.S	RM DEL GINOCCHIO SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.T	RM DELLA GAMBA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.U	RM DELLA CAVIGLIA SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.V	RM DEL PIEDE SENZA E CON MDC. Incluso: parti molli, distretto vascolare	€ 177,15	
	88.94.W	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE	€ 184,80	
	88.94.X	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE	€ 184,80	
	88.94.Y	ANGIO RM DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40	
	88.94.Z	ANGIO RM DELL'ARTO SUPERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40	
	88.95.1	RM DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 120,05	
	88.95.2	RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	€ 187,10	
	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	€ 184,80	
	88.95.4	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,05	
	88.95.5	RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 187,10	
	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	€ 184,80	
	88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40	
	88.95.8	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE. Incluso: relativo distretto vascolare	€ 120,05	
	88.95.9	RM DI INGUINE. SCROTO E/O PENE SENZA E CON MDC. Incluso: relativo distretto vascolare. Non associabile a RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 187,10	
	88.95.A	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON MDC	€ 286,40	
	88.95.B	RM ENDOCAVITARIA	€ 184,80	
	88.95.C	RM ENDOCAVITARIA SENZA E CON MDC	€ 286,40	
	88.95.D	RM ADDOME INFERIORE CON STUDIO DINAMICO DEL PAVIMENTO PELVICO	€ 120,05	
	88.95.E	RM UROGRAFIA	€ 120,05	
	88.95.F	RM FETALE	€ 184,80	
	88.97.2	RM DIFFUSIONE. Incluso tensore di diffusione. Incluso: Esame di base	€ 184,80	
	88.97.4	RM SPETTROSCOPIA. Incluso: Esame di base	€ 184,80	
	88.97.6	RM PERFUSIONE. Incluso: Esame di base	€ 184,80	
	88.97.8	RM DIFFUSIONE. PERFUSIONE SENZA E CON MDC. Incluso: Esame di base	€ 286,40	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	88.97.9	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 158,50	
	88.97.A	COLANGIO RM	€ 120,05	
	88.97.B	COLANGIO RM. Con stimolo farmacologico	€ 180,10	
	88.97.C	RM DELLE VIE DIGESTIVE CON MDC ORALE SENZA E CON MDC VENOSO. Non associabile a RM DELL'ADDOME SUPERIORE (88.95.1), RM DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON MDC (88.95.2), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO (88.95.4), RM DI ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO SENZA E CON MDC (88.95.5)	€ 158,50	
	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA TOTAL BODY	€ 43,35	
	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA. TC MONODISTRETTUALE	€ 69,30	
	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	€ 17,55	
	88.99.6	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA LOMBARE	€ 31,50	
	88.99.7	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA FEMORALE	€ 31,50	
	88.99.8	DENSITOMETRIA OSSEA. DXA ULTRADISTALE	€ 31,50	
	89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate	€ 16,20	
	89.01.1	VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale rimozione di catetere venoso centrale ad inserzione periferica (PICC). Includo: eventuale controllo, programmazione e ricarica di pompa. Includo farmaco	€ 16,20	
	89.01.2	VISITA ANGIOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.3	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO. Includo eventuale ECG.	€ 16,20	
	89.01.4	VISITA CHIRURGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.5	VISITA DI CHIRURGIA PLASTICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.6	VISITA CHIRURGICA VASCOLARE DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.7	VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.8	VISITA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale controllo di microinfusore	€ 16,20	
	89.01.9	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.A	VISITA DI MEDICINA NUCLEARE DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.B	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO. Includo: verifica dell'adesione al trattamento conservativo (dieta e farmacologico), sostitutivo (adeguatezza al trattamento dialitico) e funzione rene trapiantato. Con eventuale rimodulazione del piano di trattamento	€ 16,20	
	89.01.C	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.D	VISITA OCULISTICA DI CONTROLLO. Includo: Esame clinico parziale, mirato solo ad alcuni aspetti del sistema visivo	€ 16,20	
	89.01.E	VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.F	VISITA ONCOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.G	VISITA ORTOPEDICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.H	VISITA OTORINOLARINGOIATRICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale rimozione di cerume	€ 16,20	
	89.01.L	VISITA PNEUMOLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 16,20	
	89.01.N	VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.P	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	89.01.Q	VISITA UROLOGICA DI CONTROLLO. Includo: eventuale rimozione e/o controllo del catetere vescicale e/o nefrostomico	€ 16,20	
	89.01.R	VISITA DI CONTROLLO PER CURE PALLIATIVE. Includo: rivalutazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	€ 16,20	
	89.01.S	VISITA DI CONTROLLO DI CHIRURGIA MAXILLLO FACCIALE	€ 16,20	
	89.01.W	VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE DI CONTROLLO	€ 16,20	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	89.01.Y	VISITA GENETICA DI CONTROLLO. Consulenza Genetica successiva alla prima in paziente ancora senza diagnosi. Visita specialistica genetica con esame obiettivo, rivalutazione della documentazione clinica recente e remota. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Affinamento dell'ipotesi diagnostica pregressa e scelta di eventuale nuovo test genetico appropriato. Spiegazione di vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati. Scrittura della relazione	€ 16,20	
	89.02	VISITA A COMPLETAMENTO DELLA PRIMA VISITA	€ 16,20	
	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE. Incluso: eventuale stesura di PROGETTO RIABILITATIVO INDIVIDUALE MULTIDISCIPLINARE	€ 46,00	
	89.07.A	PRIMA VISITA MULTIDISCIPLINARE PER CURE PALLIATIVE. Incluso: stesura del Piano Assistenziale Individuale (PAI)	€ 46,00	
	89.12	RINOMANOMETRIA	€ 13,90	
	89.12.1	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	€ 120,00	
	89.13	PRIMA VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]. Incluso: eventuale fundus oculi e Minimental test (MMSE)	€ 22,00	
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	€ 23,20	
	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO	€ 34,85	
	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	€ 34,85	
	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO [12-24 ORE]	€ 44,90	
	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	€ 34,85	
	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	€ 27,80	
	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali)	€ 48,80	
	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore	€ 34,85	
	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO SENSORIALI. Per nervo o dermatomero	€ 34,85	
	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	€ 55,75	
	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA Incluso: Elettromiografia di superficie per disturbi del movimento/Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	€ 46,45	
	89.15.A	POTENZIALI EVOCATI VESTIBOLARI (VEMPS)	€ 92,95	
	89.15.B	POTENZIALI EVOCATI DA STIMOLO LASER (LEP)	€ 52,75	
	89.17	POLISONNOGRAFIA diurna o notturna e con metodi speciali Incluso EEG (89.14)	€ 139,40	
	89.17.3	MONITORAGGIO CARDIORESPIRATORIO NOTTURNO COMPLETO Per studio apnee	€ 139,00	
	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 27,85	
	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	€ 51,10	
	89.24	ESAME URODINAMICO NON INVASIVO (UROFLUSSOMETRIA). Incluso: Controllo ecografico post minzionale. Non associabile a ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE (88.75.1) e ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO (88.76.1)	€ 11,60	
	89.26.1	PRIMA VISITA GINECOLOGICA. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuali indicazioni in funzione anticoncezionale e preconcezionale. Non associabile a 89.26.3 PRIMA VISITA OSTETRICA	€ 22,00	
	89.26.2	VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico, eventuale rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino, eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla vagina senza incisione, eventuali indicazioni per la gravidanza	€ 16,20	
	89.26.3	PRIMA VISITA OSTETRICA. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile a 89.26.1 PRIMA VISITA GINECOLOGICA	€ 22,00	
	89.26.4	VISITA OSTETRICA DI CONTROLLO. Incluso: eventuale prelievo citologico. Non associabile al codice 89.26.2 VISITA GINECOLOGICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
HR	89.26.5	VERSIONE CEFALICA ESTERNA	€ 28,60	
	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	€ 67,10	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	€ 92,95	
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4 TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	€ 24,00	
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE [con tecnica di diluizione, pletismografia o altra metodica]	€ 38,00	
	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	€ 51,65	
	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco. Non associabile a 89.37.1 SPIROMETRIA SEMPLICE e 89.37.2 SPIROMETRIA GLOBALE. Incluso farmaco	€ 37,15	
HR	89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE	€ 55,75	
	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE. Singolo stimolo. Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8	€ 46,45	
	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	€ 23,20	
	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	€ 23,20	
	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	€ 23,20	
	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	€ 46,45	
	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	€ 23,20	
	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI. Incluso: Capnogramma	€ 69,70	
	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSIDIAFRAMMATICHE	€ 46,45	
	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	€ 23,20	
	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P 0.1	€ 23,20	
	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	€ 18,55	
	89.39.4	GUSTOMETRIA [OLFATTOMETRIA]	€ 9,20	
	89.39.6	OSSERVAZIONE DELLE LESIONI CUTANEE O ANNESSI CUTANEI CON VIDEODERMATOSCOPIO	€ 53,30	
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO O CON PEDANA MOBILE. Escluso: Test da sforzo cardiopolmonare (89.44.1)	€ 51,00	
	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	€ 55,75	
	89.44.1	TEST DA SFORZO CARDIOPOLMONARE. Incluso: ECG (89.52) , Analisi dei gas respiratori, Determinazione della ventilazione, Emogasanalisi	€ 83,65	
	89.44.2	TEST DEL CAMMINO CON VALUTAZIONE DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA [WALKING TEST]	€ 56,50	
	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER. Incluso: ECG (89.52)	€ 23,20	
	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE Incluso: ECG (89.52). Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	€ 24,95	
	89.5	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO (secondo Holter)	€ 61,95	
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	€ 11,60	
	89.52.1	ELETTROCARDIOGRAMMA CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	€ 22,00	
	89.52.2	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFA GEO	€ 77,00	
HR	89.52.3	ELETTROCARDIOGRAMMA TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	€ 142,00	
	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria, ECG con studio dei potenziali tardivi, monitoraggio degli eventi tramite registrazione. Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50)	€ 46,45	
	89.58.1	PLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	€ 32,00	
	89.58.9	MISURAZIONE INDICE PRESSORIO CAVIGLIA/BRACCIO (ABI)	€ 12,60	
	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA Escluso: HEAD UP TILT TEST (89.59.2)	€ 41,30	
	89.59.2	HEAD UP TILT TEST	€ 52,00	
	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	€ 41,30	
	89.61.2	PULSOSSIMETRIA NOTTURNA	€ 57,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso. Inclusa determinazione di pH ematico, Carbossiemoglobina e Metaemoglobina	€ 7,10	
	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	€ 15,95	
	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	€ 15,85	
	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	€ 18,55	
	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA / PULSOSSIMETRIA	€ 9,50	
	89.65.7	EMOGASANALISI ARTERIOSA PRIMA E DURANTE SOMMINISTRAZIONE DI OSSIGENO	€ 20,00	
	89.65.8	MISURA TRANSCUTANEA DELLA PO2 E DELLA PCO2 CON UTILIZZO DI MEMBRANE MONOUSO	€ 32,00	
	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	€ 7,10	
	89.7	PRIMA VISITA. Escluso: le prime visite specificamente codificate	€ 22,00	
	89.7A.1	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA/ALGOLOGICA. Prima valutazione per terapia del dolore e programmazione della terapia specifica. Escluso: la visita preoperatoria. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale	€ 22,00	
	89.7A.2	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA	€ 22,00	
	89.7A.3	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA. Incluso: ECG (89.52)	€ 33,60	
	89.7A.4	PRIMA VISITA CHIRURGICA GENERALE	€ 22,00	
	89.7A.5	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA	€ 22,00	
	89.7A.6	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	€ 22,00	
	89.7A.7	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA/ALLERGologica Incluso: Eventuale osservazione in epiluminescenza	€ 22,40	
	89.7A.8	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA. Incluso: eventuale stesura del piano nutrizionale ed eventuale applicazione di microinfusore sottocute	€ 22,00	
	89.7A.9	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	€ 22,00	
	89.7B.1	PRIMA VISITA DI GENETICA MEDICA. Visita specialistica genetica con esame obiettivo e valutazione della documentazione clinica recente e remota. Incluso: primo colloquio, anamnesi personale e familiare, costruzione di un albero genealogico familiare nei rami paterno e materno per almeno 3 generazioni. Consultazione della letteratura scientifica e di database di genetica clinica specifici. Formulazione dell'ipotesi diagnostica. Scelta del test genetico appropriato. Spiegazione vantaggi e limiti del test genetico e somministrazione consensi informati. Scrittura della relazione. Escluso: Visita multidisciplinare 89.07	€ 22,00	
	89.7B.2	PRIMA VISITA DI CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	€ 22,00	
	89.7B.3	PRIMA VISITA DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	€ 22,00	
	89.7B.4	PRIMA VISITA DI MEDICINA NUCLEARE Incluso: Valutazione pretrattamento e stesura del piano di trattamento	€ 22,00	
	89.7B.5	PRIMA VISITA NEFROLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento conservativo (dietetico e farmacologico), sostitutivo (dialisi extracorporea o peritoneale) o per trapianto	€ 22,00	
	89.7B.6	PRIMA VISITA ODONTOSTOMATOLOGICA. Incluso: eventuale radiografia endorale ed eventuale rimozione di corpo estraneo intraluminale dalla bocca, senza incisione	€ 22,35	
	89.7B.7	PRIMA VISITA ONCOLOGICA. Incluso: stesura del piano di trattamento	€ 22,00	
	89.7B.8	PRIMA VISITA ORTOPEDICA. Incluso: eventuale podoscopia per prescrizione di plantare	€ 22,00	
	89.7B.9	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA. Incluso, in base allo specifico problema clinico: eventuale otomicroscopia, esame funzionalità vestibolare, utilizzo di fibre ottiche, rimozione di cerume	€ 23,20	
	89.7C.1	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA. Incluso: eventuale rilevazione incruenta della saturazione arteriosa	€ 22,00	
	89.7C.2	PRIMA VISITA DI RADIOTERAPIA. Incluso: stesura del piano di trattamento	€ 22,00	
	89.7C.3	PRIMA VISITA UROLOGICA/ANDROLOGICA. Incluso: esplorazione dei genitali esterni ed esplorazione rettale	€ 22,00	
	89.7C.4	PRIMA VISITA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	€ 22,00	
	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	€ 7,70	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.01.5	ACIDI BILIARI	€ 5,00	
	90.01.63	3 METIL ISTIDINA	€ 8,00	
	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO	€ 13,25	
	90.02.2	ACIDO CITRICO	€ 3,40	
	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	€ 11,15	
	90.02.5	ACIDO LATTICO	€ 8,60	
	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	€ 1,05	
	90.03.6	ADRENALINA - NORADRENALINA	€ 19,55	
R MR	90.03.7	ACIDO FITANICO. DOSAGGIO	€ 17,70	
R MR	90.03.8	ACIDO GUANIDINO ACETICO. DOSAGGIO	€ 17,10	
R MR	90.03.9	ACIDO PIPECOLICO. DOSAGGIO	€ 18,85	
R MR	90.03.A	ACIDO PRISTANICO. DOSAGGIO	€ 17,70	
R MR	90.03.B	ACIDO SIALICO LIBERO. DOSAGGIO	€ 13,05	
R MR	90.03.C	ACIDO SIALICO TOTALE. DOSAGGIO	€ 13,05	
R MR	90.03.D	S-ADENOSILMETIONINA. DOSAGGIO	€ 13,05	
R MR	90.03.E	S-ADENOSILOMOCISTEINA. DOSAGGIO	€ 13,05	
	90.04.1	ADIURETINA [VASOPRESSINA] (ADH)	€ 10,80	
	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	€ 6,05	
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT)	€ 1,00	
	90.05.1	ALBUMINA	€ 0,90	
	90.05.2	ALDOLASI	€ 0,90	
	90.05.3	ALDOSTERONE	€ 7,80	
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA	€ 2,80	
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA	€ 3,35	
	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	€ 2,65	
	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA	€ 7,15	
	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	€ 2,95	
	90.06.4	ALFA AMILASI TOTALE	€ 1,25	
	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	€ 1,50	
	90.07.1	ALLUMINIO	€ 6,90	
	90.07.2	AMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 5,85	
	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI, FRAZIONAMENTO CROMATOGRAFICO	€ 12,00	
	90.07.5	AMMONIO	€ 6,00	
	90.08.1	ANDROSTANEDIOLO GLUCURONIDE	€ 12,60	
	90.08.2	ANGIOTENSINA II	€ 15,25	
	90.08.4	APOLIPOPROTEINA -A1	€ 3,90	
	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	€ 3,35	
	90.09.1	APTOGLOBINA	€ 5,10	
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT)	€ 1,05	
	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA	€ 3,25	
	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	€ 0,95	
	90.10.5	BILIRUBINA REFLEX (cut-off >1 mg/dL salvo definizione di cut-off più restrittivi a livello regionale. Incluso: Bilirubina Diretta ed Indiretta)	€ 1,05	
R MR	90.10.6	DOSAGGIO BIOTINIDASI. DOSAGGIO	€ 2,00	
	90.10.7	BILIRUBINA DIRETTA. Non associabile a 90.10.5	€ 1,15	
	90.11.1	C PEPTIDE	€ 7,35	
	90.11.2	C PEPTIDE. DOSAGGIO BASALE E DOPO STIMOLO	€ 21,50	
	90.11.4	CALCIO TOTALE	€ 0,95	
	90.11.5	CALCITONINA	€ 6,05	
	90.11.6	CALCIO IONIZZATO (calcolo indiretto). Erogabile solo in associazione ai codici CALCIO TOTALE (90.11.4) e PROTEINE TOTALI (90.38.5)	€ 1,15	
	90.11.7	CALCIO IONIZZATO determinazione diretta	€ 3,30	
	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI	€ 6,35	
	90.12.5	CERULOPLASMINA	€ 2,60	
	90.12.A	CALPROTECTINA FECALE	€ 15,95	
	90.13.1	CHIMOTRIPSINA	€ 5,75	
	90.13.3	CLORURO	€ 0,90	
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12)	€ 2,95	
	90.13.A	CISTATINA C. Non associabile a Creatinina 90.16.3 e Creatinina clearance 90.16.4	€ 3,95	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.13.B	COLESTEROLO LDL. Determinazione indiretta. Erogabile solo in associazione a Colesterolo HDL (90.14.1), Colesterolo totale (90.14.3) e Trigliceridi (90.43.2)	€ 1,75	
	90.13.C	COLESTEROLO LDL. Determinazione diretta	€ 1,75	
	90.14.1	COLESTEROLO HDL	€ 1,40	
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	€ 1,05	
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH)	€ 7,20	
	90.15.3	CORTISOLO	€ 4,45	
	90.15.4	CREATINA CHINASI (CPK o CK)	€ 1,35	
	90.16.3	CREATININA. Non associabile a 90.16.4	€ 1,10	
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE. Non associabile a CREATININA (90.16.3)	€ 1,90	
	90.16.5	CROMO	€ 6,90	
	90.16.6	CROMOGRANINA A	€ 17,20	
	90.16.8	DECARBOSSIPROTROMBINA	€ 15,00	
R MR	90.16.9	CREATINA. DOSAGGIO	€ 65,20	
	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	€ 6,40	
	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	€ 6,80	
	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	€ 6,10	
	90.17.6	HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	€ 23,80	
	90.17.8	TRI TEST: ALFAFETOPROTEINA (AFP), HCG TOTALE O FRAZIONE LIBERA, ESTRIOLO (E3). DETERMINAZIONI DI RISCHIO PRENATALE PER ANOMALIE CROMOSOMICHE E DIFETTI DEL TUBO NEURALE	€ 21,75	
	90.17.B	FARMACI CON METODI CROMATOGRAFICI	€ 10,45	
	90.17.C	FARMACI CON TECNICHE NON CROMATOGRAFICHE	€ 7,00	
	90.17.D	ELASTASI 1 PANCREATICA	€ 12,45	
	90.17.E	ENZIMA DI CONVERSIONE DELL'ANGIOTENSINA (ACE)	€ 17,45	
R MR	90.17.F	7-DEIDROCOLESTEROLO. DOSAGGIO	€ 102,70	
	90.17.G	ORMONE ANTI-MULLERIANO (AMH). DOSAGGIO	€ 16,70	
	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	€ 8,30	
	90.18.5	ERITROPOIETINA	€ 13,80	
	90.19.2	ESTRADIOLO (E2)	€ 3,50	
	90.20.1	ETANOLO	€ 3,00	
	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE (ANP)	€ 11,90	
	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	€ 3,45	
	90.22.3	FERRITINA	€ 3,25	
	90.22.5	FERRO	€ 1,15	
	90.23.2	FOLATO	€ 3,05	
	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH)	€ 3,20	
	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	€ 0,90	
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	€ 1,05	
	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	€ 12,90	
	90.24.3	FOSFATO INORGANICO (FOSFORO)	€ 1,00	
	90.25.5	GAMMA-GLUTAMILTRANSFERASI (gamma GT)	€ 1,10	
R MR	90.25.6	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	€ 11,15	
	90.25.7	GLOBULINA DI TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	€ 3,15	
R MR	90.25.8	GALATTOSIO-1-FOSFATO. DOSAGGIO	€ 9,70	
	90.26.1	GASTRINA	€ 4,15	
	90.26.3	GLUCAGONE	€ 9,70	
	90.26.5	GLUCOSIO DOSAGGIO SERIALE DOPO CARICO (da 2 a 4 determinazioni). Inclusa Determinazione del Glucosio basale 90.27.1	€ 3,80	
	90.27.1	GLUCOSIO	€ 1,00	
	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH)	€ 5,40	
	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza)	€ 2,05	
	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, frazione libera)	€ 10,50	
	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	€ 3,55	
	90.27.6	IODURIA	€ 2,35	
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	€ 3,35	
	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA	€ 10,65	
	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	€ 10,80	
	90.28.7	IMMUNOGLOBULINE: CATENE K E LAMBDA LIBERE	€ 19,75	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.28.C	INIBINA B	€ 16,85	
	90.29.1	INSULINA	€ 3,80	
	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH)	€ 0,95	
	90.30.2	LIPASI PANCREATICA	€ 1,70	
	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	€ 7,40	
	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 5,25	
	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI (cellobiasi, lattasi, maltasi, palatinasi, saccarasi, trealasi, acetil-colinesterasi). Per ciascuna determinazione	€ 2,00	
	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	€ 10,00	
	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	€ 15,00	
	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	€ 1,05	
	90.31.6	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] ESAME MACROSCOPICO (volume, pH, aspetto, viscosità, fluidificazione) E MICROSCOPICO della componente nemaspermica (numero, motilità, morfologia previa colorazione specifica) e della componente cellulare non nemaspermica	€ 20,15	
	90.31.7	LIQUIDO SEMINALE [SPERMIOGRAMMA] TEST DI VITALITA' previa colorazione con eosina	€ 20,15	
	90.31.8	LIQUIDO SEMINALE PROFILO BIOCHIMICO (Fruttosio, Carnitina, Fosfatasi prostatica o Zinco o Acido citrico, Alfa Glucosidasi o Maltasi). Per ciascuna determinazione (Sono prescrittibili al massimo 4 determinazioni)	€ 3,70	
	90.31.9	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE	€ 10,00	
	90.32.1	LIQUIDO SINOVALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	€ 9,05	
	90.32.2	LITIO	€ 9,90	
	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (da 3 a 6). Per ciascuna curva	€ 18,90	
	90.32.5	MAGNESIO TOTALE	€ 1,10	
	90.32.6	LISOZIMA/S	€ 2,35	
	90.33.4	ALBUMINURIA [MICROALBUMINURIA]	€ 2,70	
	90.33.5	MIOGLOBINA	€ 4,30	
	90.33.6	METANEFRINE FRAZIONATE	€ 19,80	
R MR	90.33.A	NEUROTRASMETTITORI. DOSAGGIO Liquor	€ 5,05	
	90.34.2	NICHEL	€ 6,90	
	90.34.4	OLIGOELEMENTI. DOSAGGIO PER CIASCUN OLIGOELEMENTO	€ 6,90	
	90.34.6	OMOCISTEINA	€ 8,20	
	90.34.7	OSMOLALITA'/OSMOLARITA'. Determinazione diretta	€ 1,25	
	90.34.8	OSMOLALITA'. Determinazione indiretta nei casi in cui non è possibile la determinazione diretta. Non associabile a Glucosio (90.27.1), Sodio (90.40.4), Urea (90.44.1) e Potassio (90.37.4)	€ 3,85	
	90.34.A	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR BINDING PROTEIN 3 [IGF - BP3]	€ 6,90	
	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH)	€ 5,40	
	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (da 3 a 6) (17 OH-P, FSH, LH, TSH, ACTH, CORTISOLO, GH, ALDOSTERONE, PRL, RENINA o altri ormoni). Inclusa determinazione del livello basale	€ 16,90	
	90.35.3	OSSALATI [U]	€ 2,90	
	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	€ 12,30	
	90.35.5	PARATORMONE (PTH). Molecola intatta	€ 5,95	
	90.35.6	SOMATOSTATINA	€ 16,80	
	90.36.3	PIOMBO	€ 6,90	
	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK)	€ 31,10	
	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	€ 11,05	
	90.36.6	PEPTIDE NATRIURETICO tipo b (BNP o NT-proBNP)	€ 16,55	
	90.37.1	PORFIRINE TOTALI E FRAZIONATE	€ 19,40	
	90.37.2	PORFOBILINOGENO	€ 6,40	
	90.37.3	POST COITAL TEST	€ 2,90	
	90.37.4	POTASSIO	€ 1,00	
	90.37.6	PREALBUMINA	€ 2,70	
	90.37.7	PROPEPTIDE AMINO-TERMINALE DEL PROCOLLAGENE Tipo 1 (P1NP)	€ 26,55	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.37.8	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO	€ 3,70	
	90.38.1	PROGESTERONE	€ 3,50	
	90.38.2	PROLATTINA (PRL)	€ 3,15	
	90.38.4	PROTEINE EMATICHE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio delle proteine totali 90.38.5	€ 2,85	
	90.38.5	PROTEINE TOTALI	€ 0,90	
	90.38.8	MACROPROLATTINA	€ 2,70	
	90.38.G	ACIDO OMOVANILLICO	€ 13,55	
	90.38.M	PEPSINOGENO A (I)	€ 6,75	
	90.38.N	PEPSINOGENO C (II)	€ 8,30	
	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE). Incluso: Dosaggio proteine totali 90.38.5	€ 3,25	
	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	€ 6,00	
	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	€ 9,00	
	90.39.4	RAME	€ 2,00	
	90.39.6	RECETTORE SOLUBILE TRANSFERRINA	€ 3,95	
	90.39.7	COBALTO	€ 6,90	
	90.40.2	RENINA	€ 6,15	
	90.40.3	SELENIO	€ 6,90	
	90.40.4	SODIO	€ 0,85	
	90.40.6	SELEZIONE NEMASPERMICA PER MIGRAZIONE O SU GRADIENTE	€ 6,70	
	90.40.7	INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR [IGF-1 o SOMATOMEDINA C]	€ 8,25	
	90.40.8	SOSTANZE D'ABUSO TEST DI SCREENING. Non associabile a 90.40.9	€ 27,75	
	90.40.9	SOSTANZE D'ABUSO IDENTIFICAZIONE E/O DOSAGGIO DI SINGOLE SOSTANZE E RELATIVI METABOLITI. Incluso: test di screening (90.40.8)	€ 55,15	
	90.40.A	SWELLING TEST	€ 20,15	
	90.40.B	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	€ 21,35	
	90.40.C	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica	€ 21,35	
	90.40.D	TEST DEL SUDORE: iontoforesi pilocarpinica con misura conduttivimetrica e con misura di Cloro o di Cloro e Sodio	€ 21,35	
R MR	90.40.F	SULFITI. SCREENING Urine mediante Sulfitest	€ 5,50	
R MR	90.40.G	STEROLI. DOSAGGIO Plasma	€ 10,00	
	90.41.3	TESTOSTERONE	€ 4,75	
	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO. Non associabile a 90.41.3	€ 5,15	
	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	€ 5,65	
	90.41.6	TELOPEPTIDE C-TERMINALE DEL COLLAGENE TIPO 1	€ 18,90	
	90.41.8	TIREOTROPINA [TSH] TEST REFLEX. Se TSH \geq 0.45 mU/L e \leq 3.5 mU/L: referto del solo TSH; Se TSH $<$ 0.45 mU/L o $>$ 3.5 mU/L: esecuzione automatica di FT4; Se FT4 \geq 3.5, referto di TSH + FT4; Se FT4 $<$ 3.5, esecuzione automatica di FT3 e referto di TSH + FT4 + FT3. Non associabile a: TSH, FT3, FT4. Salvo range o cut-off più restrittivi definiti a livello regionale.	€ 4,60	
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH). Non associabile a 90.41.8	€ 2,55	
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4). Non associabile a 90.41.8	€ 2,60	
	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)	€ 1,70	
	90.42.5	TRANSFERRINA	€ 2,20	
	90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)	€ 8,00	
	90.42.B	TRIPTASI	€ 19,50	
	90.43.2	TRIGLICERIDI	€ 1,10	
	90.43.3	TRIOTIRONINA LIBERA (FT3). Non associabile a 90.41.8	€ 2,65	
	90.43.4	TRIPSINA	€ 9,80	
	90.43.5	URATO	€ 1,05	
	90.43.7	URINE RICERCA DI SPERMATOZOI	€ 0,85	
	90.43.8	URINE ESAME MORFOLOGICO a FRESCO	€ 2,65	
	90.44.1	UREA	€ 1,00	
	90.44.3	URINE ESAME COMPLETO. Incluso: sedimento urinario	€ 2,55	
	90.44.5	VITAMINA D (1,25 OH)	€ 14,90	
	90.44.6	VITAMINA D (25 OH)	€ 11,15	
	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 13,75	
	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	€ 13,65	
	90.45.4	ZINCO	€ 6,50	
	90.46.3	ANTICORPI ANTIERITROCITARI A FREDDO RICERCA	€ 7,40	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	€ 7,00	
	90.46.5	LUPUS ANTICOAGULANT (LAC)	€ 5,20	
	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	€ 5,05	
	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	€ 11,65	
	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA). Test di screening	€ 6,50	
	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA [IgG, IgM ed eventuali IgA]	€ 8,85	
	90.47.7	ANTICORPI ANTI JO1. Determinazione singola	€ 7,90	
	90.47.8	ANTICORPI ANTI RNP. Determinazione singola	€ 7,85	
	90.47.9	ANTICORPI ANTI Scl-70. Determinazione singola	€ 7,90	
	90.47.A	ANTICORPI ANTI Sm. Determinazione singola	€ 7,85	
	90.47.B	ANTICORPI ANTI SSA. Determinazione singola	€ 7,85	
	90.47.C	ANTICORPI ANTI SSB. Determinazione singola	€ 7,85	
	90.47.D	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide)	€ 9,25	
	90.47.E	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO	€ 7,10	
	90.47.F	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	€ 9,35	
	90.47.G	ANTICORPI ANTI GM1 (MONOSIALOGLANGLIOSIDE)	€ 24,40	
	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	€ 5,40	
	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA: P-ANCA e C-ANCA). Per ciascuna determinazione	€ 9,90	
	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	€ 6,95	
	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	€ 9,35	
	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	€ 9,80	
	90.48.9	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE GLOMERULARE	€ 14,00	
	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	€ 11,65	
	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Identificazione)	€ 9,35	
	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	€ 17,80	
	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA DEAMIDATA (DPG-AGA) IgG	€ 7,30	
	90.49.6	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI (IgG, IgM). Per ciascuna determinazione	€ 12,00	
	90.49.7	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICO DECARBOSSILASI (GAD)	€ 9,50	
	90.49.8	ANTICORPI ANTI INTERFERONE	€ 15,00	
	90.49.9	ANTICORPI ANTI ISTONI	€ 26,20	
	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo)	€ 26,20	
	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	€ 8,85	
R	90.50.A	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgG	€ 112,00	
R	90.50.B	SCREENING/IDENTIFICAZIONE 'MEDIANTE CITOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI T	€ 31,70	
R	90.50.C	SCREENING/IDENTIFICAZIONE 'MEDIANTE CITOSSICITA' DI ANTICORPI ANTI-HLA CON PANNELLO DI LINFOCITI B	€ 31,70	
R	90.50.D	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA CLASSE I e II. Isotipo IgM	€ 112,00	
R	90.50.E	SCREENING IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-MICA	€ 64,40	
R	90.50.F	SCREENING IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTICORPI ANTI-MICA	€ 127,40	
R	90.50.G	ANTICORPI IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-AT1R	€ 260,70	
	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	€ 8,20	
	90.51.2	ANTICORPI ANTI GRANULOCITI	€ 9,50	
	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	€ 8,15	
	90.51.4	ANTICORPI ANTI TIREOPERSSIDASI (AbTPO)	€ 3,95	
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	€ 5,40	
	90.51.6	ANTICORPI ANTI MIELOPERSSIDASI (MPO)	€ 11,35	
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	€ 5,40	
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	€ 6,75	
	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	€ 20,15	
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	€ 7,50	
	90.52.5	RICERCA ALTRI AUTOANTICORPI NAS	€ 27,65	
	90.52.6	RICERCA AUTOANTICORPI Immunoblotting NAS	€ 20,85	
	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	€ 29,10	
	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE (Identificazione)	€ 70,95	
	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	€ 23,40	
	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORE DEL TSH	€ 13,75	
	90.53.6	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)	€ 51,20	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.53.7	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)	€ 51,20	
	90.53.8	ANTICORPI ANTI PROTEINASI 3 (PR3)	€ 11,35	
	90.53.9	ANTICORPI ANTI RECEPTORE ACETILCOLINA	€ 14,85	
	90.53.A	ANTICORPI ANTI SACCAROMYCES CERVISIAE. Per classe anticorpale	€ 6,15	
	90.53.B	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ricerca ed eventuale titolazione)	€ 10,25	
	90.53.C	ANTICORPI ANTI TESTICOLO (ATLA)	€ 29,75	
	90.53.D	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI (IgG, IgA). Per ciascuna determinazione	€ 7,65	
	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	€ 19,70	
	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	€ 3,50	
	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI MONOFASICI	€ 7,00	
	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	€ 3,60	
	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	€ 3,50	
	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	€ 3,60	
	90.56.3	ANTIGENE CARCINOEMBRIONARIO (CEA)	€ 3,30	
	90.56.9	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO [PSA] REFLEX (cut-off \leq 2,5 ng/ml - \geq 10,0 ng/ml). Incluso: esecuzione automatica di fPSA, referto di PSA + fPSA con calcolo del rapporto fPSA/PSA se PSA > 2,5 ng/ml e < 10,0 ng/ml	€ 3,95	
	90.56.A	PROTEINA 4 dell'epididimo umano (HE4). DOSAGGIO	€ 20,60	
	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	€ 51,20	
	90.57.5	ANTITROMBINA FUNZIONALE (AT3)	€ 3,05	
	90.58.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [Test di Coombs diretto]	€ 16,15	
	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	€ 47,30	
	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO	€ 10,35	
	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore) quantitativo	€ 5,75	
	90.60.2	COMPLEMENTO: C3, C3 Naf, C4, CH50 (Ciascuno)	€ 3,20	
	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	€ 1,55	
	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE (ciascuna)	€ 11,75	
	90.61.3	CYFRA 21-1	€ 8,05	
	90.61.4	D-DIMERO. Dosaggio con metodo immunometrico	€ 6,15	
	90.62.2	EMOCROMO: ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E CONTEGGIO LEUCOCITARIO DIFFERENZIALE Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV. Compreso eventuale controllo microscopico	€ 2,30	
	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	€ 12,00	
	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	€ 15,00	
	90.63.1	DOSAGGIO ATTIVITA' ANTICOAGULANTE DEI FARMACI INIBITORI FATTORE X ATTIVATO (Eparina, Rivaroxaban, etc.)	€ 7,20	
	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH. Per ciascuno antigene	€ 12,80	
	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 21,00	
	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDLARE	€ 19,00	
	90.63.6	FATTORE vWF ANTIGENE (EIA)	€ 6,10	
	90.63.7	FATTORE vWF CBA (EIA)	€ 12,00	
	90.63.8	DOSAGGIO DELL'ATTIVITA' ANTICOAGULANTE FATTORE ANTI II A (Dabigatran, etc)	€ 3,40	
	90.64.1	FATTORE VON WILLEBRAND	€ 4,35	
	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	€ 2,50	
	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII). Per ciascun fattore	€ 6,90	
	90.64.4	FENOTIPO Rh	€ 12,80	
	90.64.6	FIBRINOGENO CLAUSS	€ 1,75	
	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO (Agglutinogeni e Agglutinine) e Rh (D)	€ 9,45	
	90.65.5	FIBRINOGENO IMMUNOLOGICO	€ 12,00	
	90.66.7	Hb - EMOGLOBINE. Dosaggio frazioni (HbA2, HbF, Hb Anomale)	€ 8,90	
	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 cellule a antigenicit� nota)	€ 88,00	
	90.67.5	IgA SECRETORIE	€ 6,75	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
R	90.67.A	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgG	€ 225,80	
R	90.67.B	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgG	€ 227,25	
R	90.67.C	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE I. Isotipo IgM	€ 239,80	
R	90.67.D	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA SPECIFICITA' ANTI-HLA CLASSE II. Isotipo IgM	€ 241,25	
R	90.67.E	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE I	€ 331,35	
R	90.67.F	IDENTIFICAZIONE IN FASE SOLIDA ANTICORPI ANTI-HLA FISSANTI IL COMPLEMENTO CLASSE II	€ 311,75	
	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO. Per singolo allergene	€ 4,55	
	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO. Per profilo di allergeni	€ 11,35	
	90.68.3	IgE TOTALI	€ 3,40	
	90.68.4	IgG, IgA SOTTOCLASSI. Per ciascuna determinazione	€ 14,05	
	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE. Per singolo allergene	€ 4,30	
	90.68.6	PROTEINA CATIONICA EOSINOFILA (ECP)	€ 9,85	
	90.68.7	Ig E SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI. Fino a 8 allergeni per pannello	€ 36,05	
	90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI. Fino a a 8 allergeni per pannello	€ 36,05	
R	90.68.9	TEST DI INIBIZIONE DELLE IgE SPECIFICHE CON ALLERGENE SPECIFICO. Pannelli di 4 allergeni a varie diluizioni	€ 19,00	
	90.68.A	IgE SPECIFICHE per allergeni singoli ricombinanti molecolari	€ 5,70	
	90.68.B	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER INALANTI E ALIMENTI. Fino a 12 allergeni	€ 54,05	
	90.68.C	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE QUANTITATIVO PER FARMACI E VELENI. Fino a 12 allergeni	€ 54,05	
	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	€ 11,95	
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgD, IgG, IgM, (Ciascuna)	€ 2,10	
	90.70.3	INTRADERMOREAZIONE CON PPD (Intradermoreazione con tubercolina secondo Mantoux)	€ 5,90	
	90.71.5	PLASMINOGENO	€ 5,30	
	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	€ 8,85	
	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	€ 8,55	
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	€ 1,90	
	90.72.4	PROTEINA S LIBERA	€ 9,90	
	90.72.5	PROTEINA S TOTALE	€ 11,15	
	90.72.6	PROTEINA S 100	€ 6,45	
	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	€ 8,35	
R	90.73.5	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgG	€ 51,20	
R	90.73.A	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI B IgG	€ 51,20	
R	90.73.B	CROSS-MATCH CITOFLUORIMETRICO LINFOCITI T IgM	€ 51,20	
R	90.74.1	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI T	€ 48,45	
	90.74.5	RETICOLOCITI. Conteggio	€ 3,15	
	90.74.8	TEMPO DI BOTROXINA (Reptilase)	€ 10,00	
R	90.74.A	CROSS-MATCH CITOTOSSICO CON LINFOCITI B	€ 48,45	
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	€ 1,40	
	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	€ 2,95	
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE ATTIVATA (APTT)	€ 1,45	
R	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA. Per ciascun attivatore	€ 4,75	
	90.76.7	TEST DI FUNZIONALTA' PIASTRINICA (PFA)	€ 14,00	
	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	€ 7,35	
	90.77.6	TIPIZZAZIONE ERITROCITARIA PER D VARIANT	€ 16,00	
R	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Bassa risoluzione	€ 98,80	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
R	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Bassa risoluzione	€ 98,80	
R	90.78.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS A. Alta risoluzione	€ 198,65	
R	90.78.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS B. Alta risoluzione	€ 198,65	
R	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Bassa risoluzione	€ 98,80	
R	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPA1. Alta risoluzione	€ 97,30	
R	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DPB1. Alta risoluzione	€ 117,80	
R	90.79.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS C. Alta risoluzione	€ 198,65	
R	90.79.B	TIPIZZAZIONE GENI KIR. In trapianto mismatch	€ 86,45	
R	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQA1. Alta risoluzione	€ 105,30	
R	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQ. Bassa risoluzione	€ 98,80	
R	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DQB1. Alta risoluzione	€ 105,30	
R	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DR. Bassa risoluzione	€ 98,80	
R	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I	€ 201,95	
R	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II	€ 219,85	
R	90.81.A	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB1. Alta risoluzione	€ 147,35	
R	90.81.B	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB3. Alta risoluzione	€ 68,75	
R	90.81.C	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB4. Alta risoluzione	€ 49,15	
R	90.81.D	TIPIZZAZIONE GENOMICA LOCUS DRB5. Alta risoluzione	€ 56,15	
	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA COMPLESSO (TAT)	€ 2,85	
	90.82.3	TROPONINA I, T	€ 4,70	
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	€ 1,25	
	90.83.A	ACIDI NUCLEICI DI MICRORGANISMI (BATTERI, VIRUS, MICETI, PROTOZOI) RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi di uno o più gruppi di microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione. NAS	€ 96,15	
	90.84.8	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS	€ 29,30	
	90.87.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 35,40	
	90.87.7	AEROMONAS NELLE FECI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 14,95	
	90.87.8	AMEBE A VITA LIBERA ESAME COLTURALE. Incluso: esame microscopico previa colorazione specifica	€ 25,00	
	90.87.F	BORDETELLA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 14,25	
	90.87.G	BORRELIA ANALISI QUALITATIVA DNA o RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 33,55	
	90.87.P	BATTERI RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre MICRORGANISMI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 92,10	
	90.87.R	BARTONELLA RICERCA ANTICORPI IgG e IgM	€ 17,10	
	90.87.S	BORDETELLA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 13,05	
	90.87.T	BORRELIA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: eventuale Immunoblotting	€ 13,60	
	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	€ 9,85	
	90.88.E	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Campylobacter. Se positivo, identificazione ed eventuale antibiogramma	€ 29,05	
	90.88.G	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 16,60	
	90.88.H	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 14,70	
	90.88.J	CHLAMYDIA TRACHOMATIS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 17,65	
	90.89.6	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA	€ 9,15	
	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 58,70	
	90.90.6	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINE NELLE FECI RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici o molecolari). Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 61,05	
	90.90.7	CORYNEBACTERIUM DIPHTERIAE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 24,65	
	90.90.A	CRIPTOCOCCO RICERCA DIRETTA	€ 26,55	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.90.B	CRYPTOSPORIDIUM RICERCA DIRETTA NELLE FECCI (antigeni fecali e/o colorazioni alcool acido resistenti). Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 15,30	
	90.90.E	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	€ 12,10	
	90.90.G	COXIELLA BURNETI ANTICORPI Ig e IgM	€ 12,00	
	90.91.4	ESCHERICHIA COLI ENTEROEMORRAGICO [EHEC] NELLE FECCI ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 25,75	
	90.92.6	ENTAMOeba HISTOLYTICA ANTICORPI	€ 35,55	
	90.92.7	ENTAMOeba HISTOLYTICA/DISPAR ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECCI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI	€ 37,00	
	90.93.1	ENTAMOeba HISTOLYTICA NELLE FECCI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	€ 8,55	
	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA SU MATERIALE PERIANALE. Scotch test o tampone perianale	€ 9,85	
	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI NAS. Ricerca completa batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	€ 21,95	
	90.93.5	ESAME COLTURALE ESSUDATO ORO-FARINGEO. Ricerca Streptococcus pyogenes [Streptococco beta emolitico gruppo A] ed altri Streptococchi beta emolitici. Se positivo, incluso: identificazione e eventuale antibiogramma	€ 21,20	
	90.93.6	ESAME COLTURALE ESPETTORATO. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catharralis e altri batteri e lieviti patogeni. incluso: esame microscopico di idoneità del campione. incluso: eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 17,25	
	90.93.7	ESAME COLTURALE BRONCOLAVAGGIO [PRELIEVO PROTETTO DI SECREZIONI RESPIRATORIE]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: esame microscopico ed eventuale valutazione quantitativa/semiquantitativa della carica batterica. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 18,60	
	90.93.8	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Orite esterna MONOLATERALE. Ricerca batteri e miceti [Lieviti, Funghi Filamentosi] patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 13,05	
	90.93.9	ESAME COLTURALE ESSUDATO AURICOLARE Orite media acuta MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma sui patogeni	€ 13,05	
	90.93.A	ESAME COLTURALE ESSUDATO OCULARE MONOLATERALE. Ricerca Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae e altri batteri e lieviti patogeni. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
	90.93.B	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO VAGINALE. Ricerca Lieviti e Trichomonas (colturale o ricerca antigene). Incluso: esame microscopico (Colorazione di Gram). Se positivo, inclusa identificazione per lieviti. Non associabile a 91.10.A TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	€ 14,90	
	90.93.C	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO ENDOCERVICALE. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso: estr. amplific. rilevaz), Micoplasmata urogenitali. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per Neisseria. Non associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	€ 133,20	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.93.D	ESAME MICROBIOLOGICO DEL SECRETO URETRALE / URINE PRIMO MITTO. Ricerca Neisseria gonorrhoeae (esame colturale), Chlamydia trachomatis (esame molecolare incluso estr. amplific. rilevaz), Micoplasmi urogenitali. Incluso: esame microscopico (colorazione di Gram). Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma per NeisseriaNon associabile a: 91.03.5 NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE, 91.02.A MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS, 90.89.6 CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA e 90.90.3 CHLAMYDIE RICERCA QUALITATIVA DNA	€ 70,50	
	90.93.E	ESAME COLTURALE SERIATO DI: URINE PRIMO MITTO, URINE MITTO INTERMEDIO, LIQUIDO PROSTATICO E/O URINE DOPO MASSAGGIO PROSTATICO [TEST DI STAMEY] Ricerca batteri patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso: identificazione ed eventuale antibiogramma	€ 53,60	
	90.93.J	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI PROFONDE. Ricerca Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 33,55	
	90.93.K	ESAME COLTURALE ESSUDATI PURULENTI [PUS] DA LESIONI SUPERFICIALI Ricerca batteri aerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 19,25	
	90.93.L	ESAME COLTURALE ESSUDATI [pleurico, peritoneale, articolare, pericardico]. Ricerca batteri aerobi ed anaerobi e lieviti. Incluso: esame microscopico. Se positivo, Incluso: identificazione e antibiogramma	€ 33,65	
	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca batteri aerobi, batteri anaerobi e lieviti. Per prelievo. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma/antimicogramma	€ 25,95	
	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]. Ricerca batteri e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica. Se positivo, incluso identificazione e antibiogramma	€ 16,40	
	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter. Se positivo, incluso identificazione ed eventuale antibiogramma. Escluso: Aeromonas, E. coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio. Non associabile a: 90.88.E Campylobacter esame colturale, 91.07.6 Salmonella nelle feci esame colturale, 91.07.7 Shigella nelle feci esame colturale	€ 18,35	
	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 26,20	
	90.94.6	FRANCISELLA TULARENSIS [TULAREMIA] ANTICORPI	€ 13,00	
	90.94.7	GIARDIA ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI. Non associabile a 91.06.C PROTOZOI ENTERICI RICERCA RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECCALI	€ 8,70	
	90.94.C	HELICOBACTER PYLORI ANTIGENE NELLE FECI RICERCA DIRETTA	€ 16,75	
	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	€ 8,65	
	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso. identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
	90.95.5	LEGIONELLA PNEUMOPHILA ANTIGENE URINARIO RICERCA DIRETTA (EIA o Immunocromatografico)	€ 31,45	
	90.95.8	LEISHMANIA ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	€ 25,00	
	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI	€ 16,90	
	90.96.2	LEISHMANIA RICERCA MICROSCOPICA previa colorazione specifica	€ 4,00	
	90.96.6	LEPTOSPIRE ANTICORPI	€ 33,45	
	90.96.7	LEPTOSPIRE ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione	€ 10,10	
	90.96.8	LISTERIA IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 7,20	
	90.96.9	LEISHMANIA ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 41,20	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	90.97.6	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	€ 22,30	
	90.98.4	MICETI RICERCA IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Incluso: esame microscopico ed esame colturale. Se positivo, incluso identificazione	€ 15,70	
	90.98.9	MICETI RICERCA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA NAS. Incluso: estrazione, amplificazione e rivelazione.	€ 57,90	
	90.99.1	MICOBATTERI DIAGNOSI IMMUNOLOGICA DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE [IGRA]	€ 55,70	
R	90.99.2	MICOBATTERI RICERCA ACIDI NUCLEICI DI M. TUBERCULOSIS COMPLEX IN MATERIALI BIOLOGICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 78,90	
R	90.99.4	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA. Almeno 4 antibiotici	€ 54,10	
	91.01.9	MICOBATTERI RICERCA IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI. Incluso: ESAME MICROSCOPICO (previa colorazione per microrganismi alcoolico acido resistenti). Incluso: ESAME COLTURALE IN TERRENO LIQUIDO E SOLIDO. Incluso: eventuale identificazione preliminare per M. tuberculosis complex	€ 98,30	
	91.01.A	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE DI SPECIE	€ 21,95	
	91.02.6	MICROFILARIE [W. BANCROFTI] ANTIGENI RICERCA DIRETTA	€ 23,70	
	91.02.7	MICROFILARIE NEL SANGUE (Giemsa) dopo concentrazione o arricchimento	€ 4,25	
R	91.02.8	MICROSPORIDI ESAME COLTURALE SU LINEE CELLULARI	€ 23,00	
R	91.02.9	MICROSPORIDI ESAME MICROSCOPICO dopo concentrazione (Colorazioni specifiche)	€ 18,00	
	91.02.A	MYCOPLASMA/UREAPLASMA UROGENITALI ESAME COLTURALE NAS. Se positivo, incluso: identificazione	€ 11,65	
	91.02.D	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: IgA se IgM negative	€ 16,50	
	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA IN MATERIALI BIOLOGICI VARI ESAME COLTURALE. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 8,80	
	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE IN MATERIALI BIOLOGICI VARI. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma	€ 10,10	
	91.04.5	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI, ECTOPARASSITI] IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME MACROSCOPICO E MICROSCOPICO NAS	€ 8,65	
	91.04.6	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACROSCOPICA E MICROSCOPICA (Esame diretto e dopo concentrazione o arricchimento)	€ 13,25	
	91.04.8	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ANTICORPI NAS. Incluso: eventuale Immunoblotting	€ 27,20	
	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Colorazione tricromica o Ematossilina ferrica o Giemsa)	€ 14,40	
	91.05.A	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI NAS RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 46,80	
	91.05.B	ANISAKIS ANTICORPI	€ 16,40	
	91.05.C	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (striscio sottile e goccia spessa previa colorazione specifica) E RICERCA DIRETTA ANTIGENI (metodi immunologici)	€ 10,10	
	91.05.D	PROTOZOI ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno E. histolytica, Cryptosporidium, Giardia. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 97,95	
	91.06.6	RICKETSIAE CONORII ANTICORPI IgG e IgM	€ 14,50	
	91.06.A	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ESAME MICROSCOPICO (dopo concentrazione o arricchimento) E/O RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	€ 7,20	
	91.06.B	PNEUMOCYSTIS JIROVECI IN SECREZIONI RESPIRATORIE ACIDI NUCLEICI. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 63,05	
	91.06.C	PROTOZOI ENTERICI RICERCA DIRETTA MULTIPLA ANTIGENI FECALI. Almeno due microrganismi	€ 17,45	
	91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocoltura positiva per Salmonella. Se positivo incluso: identificazione e eventuale antibiogramma.	€ 10,10	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	91.07.7	SHIGELLA NELLE FECI ESAME COLTURALE. In caso di coprocultura positiva per Shigella. Se positivo, incluso: identificazione e antibiogramma.	€ 10,10	
	91.07.8	SCHISTOSOMA HAEMATOBIIUM IN CAMPIONI URINARI, dopo concentrazione o filtrazione, esame microscopico	€ 8,70	
	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI O RICERCA URINARIA DEGLI ANTIGENI CIRCOLANTI	€ 7,15	
	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINO-RETTALE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 8,10	
	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	€ 2,85	
	91.08.6	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENI NELLE URINE RICERCA DIRETTA (Metodi immunologici)	€ 26,20	
	91.08.7	STRONGYLOIDES STERCORALIS RICERCA LARVE NELLE FECI (Esame colturale o Baermann)	€ 9,85	
	91.08.8	TAENIA SOLIUM [CISTICEROSI] ANTICORPI. Incluso: eventuale immunoblotting	€ 11,00	
	91.08.A	TOSSINA DIFTERICA ANTICORPI	€ 10,40	
	91.08.B	TOSSINA TETANICA ANTICORPI	€ 9,70	
	91.08.C	STRONGYLOIDES STERCORALIS ANTICORPI	€ 12,50	
	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI	€ 17,00	
	91.09.B	TOXOPLASMA ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 43,85	
	91.09.D	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie. Incluso: eventuali IgA e Immunoblotting	€ 6,00	
	91.10.7	TRICHINELLA ANTICORPI	€ 16,00	
	91.10.8	TRIPANOSOMA CRUZI ANTICORPI	€ 17,00	
	91.10.9	TRIPANOSOMI NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (con colorazione specifiche), dopo concentrazione o arricchimento	€ 10,10	
	91.10.A	TRICHOMONAS VAGINALIS, ESAME COLTURALE E/O RICERCA DIRETTA ANTIGENI	€ 23,50	
	91.10.B	TREPONEMA PALLIDUM sierologia della sifilide. Anticorpi EIA/CLIA e/o TPHA [TPPA] più VDRL [RPR]. Incluso: eventuale titolazione ed eventuale immunoblotting	€ 6,65	
	91.11.3	VIBRIO NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	€ 84,40	
R	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	€ 107,50	
	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione	€ 28,00	
	91.12.8	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00	
	91.12.9	VIRUS RESPIRATORI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno cinque microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 142,20	
	91.12.A	VIRUS ENTERICI RICERCA ACIDI NUCLEICI MULTIPLEX. Almeno tre microrganismi. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione.	€ 96,15	
	91.12.B	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI. RICERCA QUALITATIVA/QUANTITATIVA. Incluso: estrazione, eventuale retroscrittura, amplificazione e rilevazione	€ 51,00	
	91.13.1	VIRUS ANTICORPI NAS	€ 8,30	
	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING NAS (Saggio di conferma)	€ 32,05	
	91.13.6	VIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI NAS (Metodi immunologici). Per antigene	€ 9,55	
	91.13.7	VIRUS ASTROVIRUS RICERCA ANTIGENE DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00	
R	91.15.A	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE. Incluso: identificazione	€ 28,00	
	91.15.B	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUALITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 49,35	
	91.15.C	VIRUS CITOMEGALOVIRUS: ANALISI QUANTITATIVA DEL DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 44,30	
	91.15.D	VIRUS CITOMEGALOVIRUS. Ricerca antigeni su granulociti (antigenemia) (IF o EIA)	€ 7,20	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	91.15.F	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG e IgM. Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie ed eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 6,60	
	91.16.A	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 112,45	
	91.16.B	VIRUS EPATITE B [HBV] ANALISI QUALITATIVA DI HBV DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 41,85	
	91.16.C	VIRUS EPATITE B [HBV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento	€ 86,20	
	91.16.D	VIRUS [ECHO, POLIO, COXSACKIE, ENTEROVIRUS] ANTICORPI IgG e IgM	€ 98,00	
R	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	€ 46,45	
	91.17.6	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG e IgM per sospetta infezione acuta	€ 5,70	
	91.17.8	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	€ 7,15	
	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 5,40	
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 4,75	
	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 5,35	
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg. Non associabile a 91.18.6 VIRUS HBV [HBV] REFLEX	€ 4,10	
	91.18.6	VIRUS HBV [HBV] REFLEX. ANTIGENE HBsAg + ANTICORPI anti HBsAg + ANTICORPI anti HBeAg. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg IgM se HBsAg e anti HBeAg positivi. Incluso: ANTIGENE HBeAg se HBsAg positivo. Incluso: ANTICORPI anti HBeAg se HBeAg negativo	€ 26,20	
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, rilevazione	€ 41,65	
	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA . Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 49,75	
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 6,95	
	91.19.6	VIRUS EPATITE C ANTIGENE	€ 12,25	
	91.19.7	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 339,10	
	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, ibridazione inversa o sequenziamento	€ 80,70	
	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	€ 12,35	
	91.20.6	VIRUS EPATITE E [HEV] ANTICORPI	€ 12,25	
	91.20.7	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgG e IgM.	€ 22,00	
	91.21.6	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI EBNA + VCA IgG + VCA IgM. Incluso: EA in caso di VCA IgM positivo o dubbio	€ 7,10	
R	91.21.9	VIRUS GENOTIPIZZAZIONE NAS. Incluso: estrazione, amplificazione, ibridazione inversa o altro metodo	€ 84,55	
	91.21.B	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 e 2) ANTICORPI IgG	€ 6,00	
	91.21.D	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANALISI QUALITATIVA/QUANTITATIVA del DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 46,10	
R	91.22.2	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI DNA provirale. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 32,30	
R	91.22.3	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 44,25	
R	91.23.7	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI DI MUTAZIONE DELL'ACIDO NUCLEICO per rilevamento resistenze ai farmaci antivirali. Incluso: estrazione, retrotrascrizione, amplificazione, sequenziamento o altro metodo	€ 694,50	
	91.23.9	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE NAS. Incluso: eventuale identificazione	€ 23,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	91.23.F	VIRUS IMMUNODEFICENZA ACQUISITA [HIV 1-2] .TEST COMBINATO ANTICORPI E ANTIGENE P24. Incluso: eventuale Immunoblotting. Non associabile a 91.13.2 Virus Anticorpi Immunoblotting (Saggio di conferma) NAS	€ 12,05	
	91.24.8	VIRUS NOROVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00	
	91.24.9	VIRUS PAPPILLOMAVIRUS [HPV]. QUALITATIVA/QUANTITATIVA DNA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 63,20	
R	91.24.C	VIRUS PAPPILLOMAVIRUS [HPV] TIPIZZAZIONE GENOMICA. Incluso: estrazione, amplificazione, rilevazione	€ 98,20	
	91.24.F	VIRUS MORBILLO ANTICORPI IgG e IgM	€ 14,95	
	91.24.G	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG e IgM	€ 15,60	
	91.25.8	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG e IgM	€ 17,10	
	91.25.D	VIRUS RESPIRATORIO SINIZIALE RICERCA DIRETTA IN MATERIALI BIOLOGICI	€ 9,50	
R	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	€ 16,35	
	91.26.9	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI RICERCA DIRETTA NELLE FECI	€ 5,00	
	91.26.C	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI IgG ed eventuali IgM	€ 14,00	
	91.26.D	VIRUS ROSOLIA IgG e IgM per sospetta infezione acuta . Incluso: Test di Avidità delle IgG se IgG positive e IgM positive o dubbie	€ 5,35	
	91.26.E	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG per controllo stato immunitario	€ 4,80	
	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE. Incluso: eventuale identificazione e antibiogramma	€ 12,85	
R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI STR PER CHIMERISMO POST TRAPIANTO	€ 147,00	
R	91.35.6	CONSULENZA COLLEGATA AL TEST GENETICO	€ 16,20	
	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	€ 5,55	
	91.38.L	CONSULENZA ANATOMOPATOLOGICA PER REVISIONE DIAGNOSTICA DI PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE (Prescrivibile una sola volta per lo stesso episodio patologico)	€ 160,00	
	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni successivi	€ 30,20	
	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su 3 campioni in giorni successivi	€ 21,15	
	91.39.B	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.C	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO RESPIRATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari Istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.D	ES. CITOLOGICO ESFOLIATIVO SIEROSE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.E	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.F	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRATO APPARATO DIGERENTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.G	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI ALTRI ORGANI O SEDI. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.H	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO CUTE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	91.39.J	ESAME CITOLOGICO ESFOLIATIVO MAMMELLA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 33,15	
	91.39.L	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DI TESSUTO EMOPOIETICO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 55,65	
	91.39.N	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRATO DELLA TIROIDE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 55,65	
	91.40.A	ES. ISTOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.40.B	ES. ISTOPATOLOGICO BULBO OCULARE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.40.C	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.40.D	ES. ISTOPATOLOGICO CAVO ORALE. ESCISSIONE DI NEIFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.40.E	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA CIRCOLATORIO. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Biopsia semplice. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.40.G	ES. ISTOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Con biopsia o escissione di neoformazione. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.40.H	ES. ISTOPATOLOGICO DI CUTE E/O TESSUTI MOLLI. Escissione allargata di neoplasia maligna. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 61,25	
	91.41.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.41.B	ES. ISTOPATOLOGICO ALTRI ORGANI DA AGOBIOPSIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 61,25	
	91.41.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER CELIACHIA. Incluso: valutazione immunoistochimica per CD3	€ 61,25	
	91.41.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. MAPPING PER MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE (IBD). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Su almeno 6 campioni	€ 114,10	
	91.41.E	ES. ISTOPATOLOGICO DELL'APPARATO DIGERENTE. MUCOSECTOMIA. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 114,10	
	91.41.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE ESCISSIONE DI NEIFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.41.G	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. ASPORTAZIONE DI LINFONODO UNICO SUPERFICIALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 122,50	
	91.41.J	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO. BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE (B.O.M.). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 122,50	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	91.41.K	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.41.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO DIGERENTE. BIOPSIA ENDOSCOPICA PER STUDIO GASTRITE CRONICA. Mapping su almeno 3 campioni. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 61,25	
	91.42.C	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. Biopsia semplice ossea. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.42.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO MUSCOLO SCHELETRICO. BIOPSIA INCISIONALE O PUNCH. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 61,25	
	91.42.E	ES. ISTOPATOLOGICO ORECCHIO. Biopsia semplice. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.42.F	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO da Polipectomia endoscopica. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 61,25	
	91.42.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO RESPIRATORIO - Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.42.H	ES. ISTOPATOLOGICO NASO E CAVITÀ NASALI. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Include eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.43.A	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.43.B	ES. ISTOPATOLOGICO SIEROSE. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.43.D	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.43.E	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE DA CONIZZAZIONE CERVICE UTERINA (chirurgica, con ansa a radiofrequenza o altre metodiche). Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi	€ 122,50	
	91.43.G	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.43.H	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO PER LESIONE FOCALE. BIOPSIA RENALE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	
	91.43.K	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. BIOPSIA RENALE per lesione diffusa. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Includa Immunofluorescenza. <i>Per campione e almeno 7 marcatori</i>	€ 59,50	
	91.43.L	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunoistochimiche necessarie al completamento della diagnosi. <i>Per campione</i>	€ 42,30	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	91.44.1	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO GENITALE MASCHILE. Agobiopsia prostatica su prelievi multipli. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 12 campioni	€ 136,90	
	91.45.8	ES. ISTOPATOLOGICO APPARATO URINARIO. Mapping da Biopsia endoscopica vescicale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Almeno 6 campioni	€ 99,20	
	91.46.8	ES. ISTOPATOLOGICO DELLA MAMMELLA. BIOPSIA VACUUM ASSISTED. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per almeno 8 campioni	€ 99,20	
	91.46.A	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. Biopsia semplice. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 59,50	
	91.46.B	ES. ISTOPATOLOGICO MAMMELLA. ESCISSIONE DI NEOFORMAZIONE. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,30	
	91.47.6	ES. ISTOPATOLOGICO SISTEMA LINFOEMOPOIETICO: da Agobiopsia linfonodale. Incluso: eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 122,50	
R	91.47.8	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA. Almeno 4 marcatori	€ 139,65	
	91.47.C	IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE LEUCO/LINFOCITARIA. Fino a 8 antigeni	€ 190,30	
	91.47.L	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
R	91.47.M	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER MELANOMA. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
	91.47.N	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DEL POLMONE. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
	91.47.P	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELL'APPARATO GASTROENTERICO. Almeno 2 marcatori	€ 63,15	
	91.48.2	ES. ISTOPATOLOGICO S.N.P. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Da Biopsia di nervo periferico. Per campione	€ 42,30	
R	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.). Per campione	€ 151,30	
	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	€ 3,80	
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	€ 6,95	
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	€ 4,45	
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	€ 3,80	
	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	€ 2,55	
	91.49.4	ES. ISTOPATOLOGICO NAS da agobiopsia di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,25	
	91.49.5	ES. ISTOPATOLOGICO NAS. Biopsia semplice di organo/tessuto superficiale o profondo. Includere eventuali analisi supplementari istochimiche e/o immunostochimiche necessarie al completamento della diagnosi. Per campione	€ 42,25	
R MR	91.5R.1	SCREENING URINARI ERRORI CONGENITI DEL METABOLISMO incluso: pH urinario, ricerca glucosio e altri zuccheri urinari, ricerca chetoni urinari	€ 40,00	
R MR	91.5R.2	ACIDI ORGANICI URINARI (NAS) IN GC/MS. DOSAGGIO	€ 159,20	
R MR	91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO DI UN SINGOLO ACIDO ORGANICO IN LIQUIDI BIOLOGICI MEDIANTE GC/MS CON ISOTOPI STABILI	€ 174,20	
R MR	91.5R.4	ACIDO OROTICO URINARIO. DOSAGGIO	€ 28,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
R MR	91.5R.5	BETA-IDROSSIBUTIRATO	€ 5,00	
R MR	91.5R.6	ACIDO ACETOACETICO	€ 10,00	
R MR	91.5R.7	NEFA (acidi grassi non esterificati)	€ 2,15	
R MR	91.5R.8	CARNITINA LIBERA	€ 8,00	
R MR	91.5R.9	CARNITINA ESTERIFICATA	€ 8,00	
R MR	91.5R.A	PROFILO ACILCARNITINE PLASMATICHE CON MS/MS	€ 52,85	
R MR	91.5R.B	SUCCINILACETONE URINARIO	€ 102,70	
R MR	91.5R.C	N-ACETILASPARTATO	€ 10,00	
R MR	91.5R.D	PTERINE PLASMATICHE E URINARIE	€ 40,00	
R MR	91.5R.E	OLIGOSACCARIDI URINARI	€ 40,00	
R MR	91.5R.F	CROMATOGRAFIA ZUCCHERI URINARI	€ 40,00	
R MR	91.5R.G	ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)	€ 102,70	
R MR	91.5R.H	ISOLETTROFOCUSING DELLA TRANSFERRINA SIERICA	€ 40,00	
R MR	91.5R.J	CISTINA INTRALEUCOCITARIA	€ 111,85	
R MR	91.5R.K	ENZIMI DEL METABOLISMO GLICIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.L	ENZIMI METABOLISMO DEGLI AMMINOACIDI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.M	ENZIMI GLICOSILAZIONE DELLE PROTEINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.N	ENZIMI METABOLISMO PURINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.P	ENZIMI METABOLISMO PIRIMIDINICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.Q	ENZIMI LISOSOMIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 128,00	
R MR	91.5R.R	ENZIMI DELLA BETA-OSSIDAZIONE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.S	ENZIMI MITOCONDRIALI. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.T	ENZIMI METABOLISMO LIPIDICO. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.U	ENZIMI METABOLISMO DELLE PORFIRINE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 40,00	
R MR	91.5R.W	RAME TISSUTALE. DOSAGGIO. Per singolo dosaggio	€ 4,00	
R MR	91.5R.X	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING	€ 10,00	
R MR	91.5R.Y	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI. DOSAGGIO	€ 43,00	
R MR	91.5R.Z	N-ACETILGLUCOSAMINIDASI	€ 6,50	
R	91.60.1	STATO MUTAZIONALE EGFR	€ 75,65	
R	91.60.2	RIARRANGIAMENTO ALK. In caso di negatività incluso: ROS1	€ 256,00	
R	91.60.3	STATO MUTAZIONALE K-RAS, N-RAS	€ 98,95	
R	91.60.4	STATO MUTAZIONALE H-RAS	€ 151,30	
R	91.60.5	STATO MUTAZIONALE K-RAS	€ 151,60	
R	91.60.6	STATO MUTAZIONALE B-RAF	€ 151,30	
R	91.60.7	INSTABILITA' MICROSATELLITARE	€ 151,60	
R	91.60.8	STATO MUTAZIONALE C-kit	€ 151,30	
R	91.60.9	STATO MUTAZIONALE PDGFRA	€ 151,60	
R	91.60.A	STATO HER2-neu	€ 151,30	
R	91.60.B	METILAZIONE PROMOTORE MGMT	€ 151,60	
R	91.60.C	MUTAZIONI IDH1-2	€ 151,30	
R	91.60.D	CODELEZIONE 1p/19q	€ 151,60	
R	91.60.E	STATO MUTAZIONALE RET	€ 151,30	
R	91.60.F	AMPLIFICAZIONE GENE N-MYC	€ 151,60	
R	91.60.G	RIARRANGIAMENTO EWSR1	€ 151,30	
R	91.60.H	RIARRANGIAMENTO gene DDIT3	€ 151,60	
R	91.60.J	RIARRANGIAMENTO gene FOXO1	€ 151,30	
R	91.60.K	AMPLIFICAZIONE MDM2	€ 151,60	
R	91.60.L	TRASLOCAZIONE (X;18)	€ 151,30	
R	91.60.M	TRASLOCAZIONE (7;16)	€ 151,60	
R	91.60.N	TRASLOCAZIONE der (17) t (X;17)	€ 151,30	
R	91.60.P	TRASLOCAZIONE t (12;15)	€ 151,60	
R	91.60.Q	TRASLOCAZIONE (11;14)	€ 151,30	
R	91.60.R	TRASLOCAZIONE (9;14)	€ 151,60	
R	91.60.S	TRASLOCAZIONE t (11;18), t (1;14), t (3;14)	€ 151,30	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
R	91.60.T	TRASLOCAZIONE t (2;12)	€ 151,60	
R	91.60.U	TRASLOCAZIONE t (14;18)	€ 151,30	
R	91.60.V	TRASLOCAZIONE (2;17)	€ 151,60	
R	91.60.W	TRASLOCAZIONE (8;14) , (2;8), (8;22), (8;9), (3;8)	€ 151,30	
R	91.60.X	TRASLOCAZIONE (2;5), (1;2)	€ 151,60	
R	91.60.Z	RIARRANGIAMENTO GENI DELLE IMMUNOGLOBULINE	€ 256,00	
R	91.61.1	RIARRANGIAMENTO DEL RECEPTORE DELLE CELLULE T (TCR)	€ 256,00	
R	91.61.2	FISH Bcl6	€ 151,30	
R MR	91.6R.1	GALATTOSIO 1-FOSFATO URIDIL TRANSFERASI (GALT)	€ 4,60	
	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE DA AGENTI FISICI	€ 6,00	
	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI [Prick test]. Fino a 18 allergeni	€ 11,60	
	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. Fino a 30 allergeni. Includa visita allergologica di controllo	€ 32,95	
H	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI. Per classe di farmaci	€ 23,20	
H	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA/PROVOCAZIONE CON FARMACI, ALIMENTI ED ADDITIVI. Indipendentemente dal numero di sedute	€ 77,50	
H	91.90.8	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI. Fino a 7 allergeni	€ 13,00	
	91.90.9	TEST EPICUTANEO IN APERTO [Open test]. Per singolo allergene.	€ 12,00	
	91.90.A	TEST DEL SIERO AUTOLOGO	€ 69,00	
	91.90.B	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA PER VELENO DI IMENOTTERI. Fino a 7 allergeni	€ 52,05	
	91.90.C	TEST DI INTOLLERANZE O ALLERGIE SULLA CONGIUNTIVA. Per singolo allergene	€ 12,00	
	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	€ 47,55	
	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 34,95	
	92.01.5	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON IODIO-123	€ 46,10	
	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 125,95	
	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE INCLUSA VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE COLECISTICA E/O DEL REFLUSSO DUODENO-GASTRICO	€ 110,95	
	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA (92.03.8)	€ 60,85	
	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Includo: misura contestuale della funzionalità renale separata ("in vivo")	€ 122,40	
	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta. Includo: posizionamento di catetere	€ 81,00	
	92.03.8	SCINTIGRAFIA RENALE STATICA CON INDAGINE TOMOGRAFICA. Non associabile a SCINTIGRAFIA RENALE STATICA (92.03.1)	€ 41,25	
	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	€ 68,60	
	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO Non associabile a 92.04.6	€ 52,15	
	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO	€ 101,00	
	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	€ 111,20	
	92.04.6	SVUOTAMENTO GASTRICO: VALUTAZIONE DELLA FUNZIONE MOTORIA GASTRICA	€ 98,00	
	92.04.7	RICERCA DI MUCOSA GASTRICA ECTOPICA	€ 69,85	
	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo e dopo test provocativo da stimolo (fisico o farmacologico). Includo: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico ed eventuale SPET. Non associabile a ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo (92.05.A)	€ 223,40	
	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO GLOBALE CORPOREA. Includo: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 116,90	
	92.05.7	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON FDG	€ 1.539,85	
	92.05.A	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO a riposo. Non associabile a 92.05.4	€ 223,40	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	92.05.C	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE CON AMMONIA	€ 1,539,85	
	92.05.D	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA CON ALTRI RADIOFARMACI	€ 1,539,85	
	92.05.E	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Non associabile a 92.09.2	€ 195,95	
	92.05.F	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [G-SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: valutazione quantitativa della funzione e dei volumi ventricolari. Incluso test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 242,95	
	92.09.1	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET TC] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO E DA STIMOLO: STUDIO QUALITATIVO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 1,539,85	
	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE A RIPOSO	€ 146,90	
	92.09.9	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA [SPET] DI PERFUSIONE DA STIMOLO FISICO O FARMACOLOGICO. Incluso: test cardiovascolare provocativo da sforzo o farmacologico. Non associabile a ECG da sforzo	€ 171,00	
	92.09.B	SCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA CON TRACCIANTE DI INNERVAZIONE O RECETTORIALE O NEURORECETTORIALE O DI METABOLISMO.	€ 627,50	
	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTE DI PERFUSIONE. In condizioni basali, sotto stimolo farmacologico o di attivazione	€ 257,75	
	92.11.6	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON FDG	€ 939,95	
	92.11.9	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] CEREBRALE CON TRACCIANTI RECETTORIALI O INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	€ 1.035,05	
	92.11.A	TOMOGRAFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] CEREBRALE CON ALTRI RADIOFARMACI	€ 1.267,90	
	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Non associabile a 92.13.2	€ 206,35	
	92.13.2	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI CON INDAGINE TOMOGRAFICA	€ 280,80	
	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE, INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 75,00	
	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA INCLUSO EVENTUALE STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 210,00	
	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO DI NEOPLASIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 181,30	
	92.15.6	VALUTAZIONE DELLA CLEARANCE POLMONARE CON TECNICA SCINTIGRAFICA	€ 133,00	
	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGIANDOLARE SEGMENTARIA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica	€ 119,05	
	92.16.2	SCINTIGRAFIA MAMMARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA	€ 384,00	
	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 310,00	
	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE GLOBALE CORPOREA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 124,15	
	92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE O SEGMENTARIA TRIFASICA. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica. Non associabile a 92.18.2	€ 85,35	
	92.18.8	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 246,00	
	92.18.9	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON IODIO-131 con stimolazione farmacologica (Tireotropina alfa). Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 246,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	92.18.A	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON LEUCOCITI RADIOMARCATI Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 442,60	
	92.18.B	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI O RECETTORIALI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 288,20	
	92.18.C	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON FDG	€ 1,094,00	
	92.18.D	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] GLOBALE CORPOREA CON ALTRI FARMACI. Incluso: eventuale indagine tomoscintigrafica segmentaria a completamento della prestazione	€ 1,116,00	
	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	€ 293,25	
	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	€ 323,80	
	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA [ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA]	€ 90,85	
	92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI DI NEOPLASIA O DI FLOGOSI. Non associabile a 92.15.4, 92.16.2, 92.18.1	€ 244,80	
	92.19.A	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	€ 67,00	
	92.19.B	TOMOGRFIA AD EMISSIONE DI POSITRONI [PET] SEGMENTARIA AI FINI DI PIANO DOSIMETRICO	€ 1.530,00	
	92.21.1	ROENTGENERAPIA [PLESIOTERAPIA]. Per seduta	€ 8,80	
	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA. Per seduta e per focolaio trattato	€ 27,00	
	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 42,00	
	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO CON TECNICHE 2D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 65,00	
	92.24.4	RADIOCHIRURGIA IN UNICA SEDUTA. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy.	€ 1.480,40	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO CON TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 95,00	Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
	92.24.7	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO. Per tecniche con modulazione di intensità. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 210,00	Per un numero di sedute superiore a 10 la remunerazione è 157,5 fino a un massimo di 35; oltre 35 la seduta non viene remunerata
	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Dose per frazione uguale o superiore a 5 Gy. Per seduta. Ciclo fino a 10 sedute	€ 600,00	Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 450 fino a un massimo di 10; oltre 10 la seduta non viene remunerata
	92.24.C	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON PIANIFICAZIONE TRAMITE RM CON SORGENTE DI COBALTO	€ 1.480,40	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 740,2 fino a un massimo di 3; oltre 3 la seduta non viene remunerata
	92.24.D	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA CON E SENZA CASCO CON BRACCIO ROBOTICO PER RIPOSIZIONAMENTO ON LINE DEL BERSAGLIO. Per seduta. Ciclo fino a 5 sedute	€ 1.408,00	Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 703,75 fino a un massimo di 5 ; oltre 5 la seduta non viene remunerata
	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato. Ciclo fino a 10 sedute	€ 45,35	Per un numero di sedute superiore a 35 la remunerazione è 0
	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI). Incluse le fasi propedeutiche alla prestazione	€ 1,229,10	
	92.25.6	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE CON FOTONI (TBI) TOTAL BODY. Prima o unica seduta	€ 1,811,00	
	92.25.7	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) TOTAL BODY CON FOTONI. Sedute successive	€ 905,50	
	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI. Per seduta e per focolaio trattato	€ 350,00	
	92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, ENDOCAVITARIA, INTERSTIZIALE E DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 175,00	
	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Per seduta e per focolaio trattato	€ 59,90	
	92.28.1	TERAPIA PER IPERTIROIDISMO con Iodio-131	€ 238,75	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	92.28.3	TERAPIA ENDOARTICOLARE (RADIOSINOVIRTESI) DI AFFEZIONI NON NEOPLASTICHE	€ 225,00	
	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	€ 659,00	
	92.28.6	TERAPIA DELLE METASTASI SCHELETRICHE	€ 988,20	
	92.28.7	TERAPIA ENDOCAVITARIA DI AFFEZIONI NEOPLASTICHE	€ 175,00	
	92.28.9	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE PER CALCOLO PER IMRT E STEREOTASSI. DOSE DA SOMMINISTRARE	€ 520,00	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 260 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con simulatore radiologico	€ 68,00	
	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con TC simulatore o TC	€ 123,00	
	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI. Con RM DI SIMULAZIONE. Non associabile a 92.29.A	€ 161,00	
	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	€ 30,00	
	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	€ 142,40	
	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	€ 14,00	
	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. Intero trattamento	€ 118,75	
	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODIFICATORI DEL FASCIO. Intero trattamento	€ 102,70	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 0
	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET-TC. Individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET TC. Non associabile a 92.29.3	€ 476,00	
	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER 1ª SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITÀ DEL SET UP DEL PAZIENTE. Per singola seduta	€ 31,00	
	92.29.H	GESTIONE DEL MOVIMENTO RESPIRATORIO ASSOCIATO A TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta o focolaio trattato	€ 82,00	
	92.29.L	CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC (IGRT) IN CORSO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO. Per seduta	€ 82,00	
	92.29.Q	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI SU IMMAGINI TC. Senza e con mezzo di contrasto	€ 240,00	Per un numero di sedute superiore a 1 la remunerazione è 180 fino a un massimo di 5; oltre 5 la seduta non viene remunerata
	92.29.R	DELINEAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E ORGANI CRITICI CON FUSIONE DI IMMAGINI RM, PET, ALTRO. Senza e con mezzo di contrasto	€ 76,65	
	92.29.S	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO in 4D	€ 99,00	
	92.29.T	INSERIMENTO DI REPERI FIDUCIALI. Intero trattamento	€ 200,00	
R	92.29.U	ADROTERAPIA - Ciclo intero.	€ 21.000,00	
R	92.29.V	ADROTERAPIA - Boost (sino a 6 frazioni).	€ 8.000,00	Per un numero di sedute superiore a 6 la remunerazione è 0
R	92.29.W	ADROTERAPIA - Stereotassi (1-3 frazioni).	€ 10.000,00	Per un numero di sedute superiore a 3 la remunerazione è 0
	92.47.8	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo breve: fino a 5 sedute	€ 550,00	Per un numero di sedute superiore a 5 la remunerazione è 0
	92.47.9	TELETERAPIA PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA' (IMRT) AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE E CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO MEDIANTE TC/RM/US (IGRT). Inclusa TOMOTERAPIA. Per seduta. Ciclo lungo: superiore a 5 sedute	€ 450,00	Per un numero di sedute superiore a 15 la remunerazione è 225 fino a un massimo di 30; oltre 30 la seduta non viene remunerata
	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF [Valutazione di 3 o più delle funzioni di seguito elencate: funzioni mentali globali, mentali specifiche, funzioni sensoriali e dolore, voce ed eloquio (compresa disartria), viscerali (compresa disfagia), genito urinarie, neuromuscolo scheletriche correlate al movimento]. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	€ 20,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b110-b139). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1), SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET (94.01.2). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
	93.01.4	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b140-b189). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
	93.01.5	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI VESTIBOLARI - EQUILIBRIO. Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b235). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
	93.01.6	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL DOLORE Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b280-b289). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95	
	93.01.7	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLA VOCE E DELL' ELOQUIO [AFASIA - DISARTRIA] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b310-b399). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
	93.01.8	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL SISTEMA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO RESPIRATORIO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b410-b429 e b440-b449). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	€ 14,35	
	93.01.9	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL APPARATO DIGERENTE [DISFAGIA - TURBE DELLA DEFECAZIONE] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b510 e b525). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2)	€ 14,35	
	93.01.A	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI GENITO URINARIE [TURBE VESICICO MINZIONALI - PERINEALI] Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b610-b639). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 14,35	
	93.01.B	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI DELLE ARTICOLAZIONI E DELLE OSSA Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b710-b729). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2), VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1). Non ripetibile entro un mese	€ 11,95	
	93.01.C	VALUTAZIONI di MONOFUNZIONALE DELLE FUNZIONI MUSCOLARI [FORZA - TONO - RESISTENZA] Con l'utilizzo strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b730-b749). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95	
	93.01.D	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE DEL MOVIMENTO Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione. Valutazione delle funzioni corporee secondo ICF (b750-b789). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2) e VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE (93.01.1)	€ 11,95	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA CON STUDIO COMPLETO DELLA MOTILITA' OCULARE	€ 9,60	
	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo	€ 11,95	
	93.03.1	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	€ 17,00	
	93.03.2	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata al collaudo	€ 13,55	
	93.03.3	VALUTAZIONE ORTESICA. Finalizzata alla prescrizione di ortesi e di ausili tecnologici	€ 16,55	
	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7) e GAIT ANALYSIS (93.05.8)	€ 18,00	
	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO Eseguito con apposito strumentario e refertato. Non associabile a 93.05.5	€ 13,00	
	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E/O DINAMICO SU PEDANA Eseguito con apposito strumentario. Non associabile a 93.05.4., 93.05.7, 93.05.8	€ 14,90	
	93.05.6	ANALISI DELLA CINEMATICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione della cinematica di una o più articolazioni dell'arto superiore inclusa la misurazione di parametri della velocità e linearità del movimento durante l'esecuzione di movimenti standardizzati	€ 19,35	
	93.05.7	ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO. Valutazione quantitativa e qualitativa dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettrici e pedane dinamometriche. Non associabile GAIT ANALYSIS (93.05.8)	€ 30,20	
	93.05.8	GAIT ANALYSIS Valutazione clinica della menomazione degli arti inferiori, EMG dinamica del cammino, valutazione dei parametri spazio-temporali del passo, della cinematica e della dinamica del cammino con l'utilizzo di sistemi optoelettronici e pedane dinamometriche. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7); VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO (93.08.E); EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE (93.08.F). Non ripetibile entro 12 mesi eccetto dopo intervento chirurgico	€ 108,75	
	93.07.1	BIOIMPEDENZIOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO DI IDRATAZIONE	€ 15,55	
	93.07.2	PLICOMETRIA, VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE	€ 13,35	
	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA DI UNA SINGOLA FIBRA. Non associabile a 93.08.A e 93.08.B. Prescrivibile una sola volta sulla ricetta	€ 10,45	
	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Analisi quantitativa. Con esame ad ago	€ 10,45	
	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, faringei, diaframma, perineali]. Escluso: EMG dell'occhio (95.25)	€ 13,65	
	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSIVE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti	€ 10,45	
	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo e frequenza di stimolo	€ 10,45	
	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	€ 10,45	
	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	€ 10,45	
	93.08.A	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE. Analisi qualitativa fino a 6 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	€ 116,00	
	93.08.B	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili. Analisi qualitativa. Non associabile a 93.09.1 e 93.09.2. Non associabile a 93.08.2	€ 98,00	
	93.08.C	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli. Analisi qualitativa. Inclusive tutte le fibre indagabili. Escluso: EMG dell'occhio (95.25) e POLISONNOGRAFIA (89.17).	€ 78,00	
	93.08.D	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO. Analisi qualitativa. Fino a 4 muscoli. Inclusive tutte le fibre indagabili.	€ 78,00	
	93.08.E	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli), associato ad esame basografico per la definizione delle fasi del passo. Non associabile a ANALISI DELLA CINEMATICA E DELLA DINAMICA DEL PASSO (93.05.7)	€ 85,60	
	93.08.F	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE. Valutazione EMG di superficie o con elettrodi a filo (4 muscoli)	€ 51,65	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo principale. Fino a 6 segmenti	€ 10,45	
	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo principale. Fino a 4 segmenti	€ 10,45	
	93.09.3	VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (ADL primarie o di base e ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF. Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4)	€ 14,35	
	93.09.4	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (ADL secondarie e/o IADL). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510- d699). Non associabile a: PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (93.09.5)	€ 8,00	
	93.09.5	VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLA CURA DELLA PROPRIA PERSONA (ADL primarie o di base). Con l'utilizzo di strumenti di misura validati e/o condivisi a livello scientifico e relativa refertazione secondo attività e partecipazione ICF (d510-d599 e d350-d499). Non associabile a PRIMA VISITA (89.7B.2); VALUTAZIONE GLOBALE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA (93.09.3); VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA E AREE DI VITA PRINCIPALE (93.09.4). Non ripetibile entro un mese	€ 8,00	
	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 30 minuti. Ciclo massimo di 10 sedute	€ 12,35	
	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN DISABILITA' COMPLESSE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 60 minuti con almeno 40 minuti di esercizio terapeutico. Ciclo massimo di 10 sedute	€ 29,55	
	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO relativa alle funzioni delle articolazioni, delle ossa, del movimento, secondo ICF. Per seduta di 60 minuti e massimo 6 pazienti per gruppi omogenei di patologia. Ciclo di 10 sedute	€ 6,15	
	93.11.6	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di almeno 30 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento delle disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali e/o elettronici. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50	
	93.11.7	ADDESTRAMENTO ALLA RESPIRAZIONE DIAFRAMMATICA, ESERCIZI CALISTENICI Per seduta individuale. Ciclo di 5 sedute	€ 4,20	
	93.11.8	RIEDUCAZIONE DELLA DISFAGIA relativa alle "funzioni dell'apparato digerente" secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,50	
	93.11.9	RIEDUCAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO relativa alle "funzioni genito- urinarie", incontinenza urinaria, secondo ICF dell'OMS. Per seduta della durata di 30 minuti. Ciclo fino a 10 sedute	€ 12,35	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	93.11.A	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 10,00	
	93.11.B	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE DELLE FUNZIONI MENTALI SPECIFICHE secondo l'ICF. Per seduta della durata di 30 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 12,50	
	93.11.C	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO DELLE FUNZIONI MENTALI GLOBALI secondo l'ICF. Per seduta della durata di 60 min. e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico cognitivo e logopedico. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 4,05	
	93.11.D	RIEDUCAZIONE DI GRUPPO DEL LINGUAGGIO relativa alle "funzioni della voce e dell'eloquio" secondo ICF dell'OMS della durata di 60 minuti e caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico logopedico. Compreso il trattamento dell' disartrie. Le attività terapeutiche possono essere effettuate con varie tipologie di ausili manuali ed/od elettronici. Per seduta. <u>Ciclo fino a 5 sedute</u>	€ 6,25	
	93.11.E	RIEDUCAZIONE INDIVIDUALE ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare ed eventuale addestramento del Care Giver. Per seduta <u>della durata di 30 min. Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 9,80	
	93.11.F	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO ALL'AUTONOMIA NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA Relative a mobilità, alla cura della propria persona, alla vita domestica secondo ICF. Incluso: ergonomia articolare. Per seduta della durata di 60 min. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 5,60	
	93.11.G	RIEDUCAZIONE MOTORIA MEDIANTE APPARECCHI DI ASSISTENZA ROBOTIZZATI AD ALTA TECNOLOGIA. Rieducazione motoria di gravi patologie secondarie a lesioni del SNC, con l'esclusione delle patologie neurodegenerative. Per seduta di 45 minuti. <u>Ciclo di 10 sedute</u>	€ 45,00	
	93.11.H	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE CON USO DI TERAPIE FISICHE STRUMENTALI DI SUPPORTO relativa alle "funzioni delle articolazioni, delle ossa e del movimento" secondo ICF dell'OMS e caratterizzata dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle protesi, ortesi ed ausili utilizzati e dalle attività terapeutiche manuali. Per seduta di trattamento di 45 minuti con almeno 30 minuti di esercizio terapeutico. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 22,55	
	93.15	MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Per seduta. <u>Ciclo fino a 4 sedute</u>	€ 14,70	
	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni. Escluso: Manipolazione di <u>articolazione temporo-mandibolare</u>	€ 8,85	
	93.18.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA INDIVIDUALE relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 30 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 11,40	
	93.18.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA CARDIO-RESPIRATORIA DI GRUPPO relativa alle "funzioni dell'apparato cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio" secondo ICF dell'OMS. Per seduta di 60 minuti caratterizzata prevalentemente dall'esercizio terapeutico motorio, indipendentemente dalla tecnica utilizzata, dal mezzo in cui viene realizzato e dalle ortesi ed ausili utilizzati. Max 6 pazienti. <u>Ciclo fino a 10 sedute</u>	€ 3,85	
	93.19.3	TEST DI VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA MOTORIA ALLA LEVODOPA /APOMORFINAIncluso farmaco	€ 51,00	
	93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA e/o dinamica e di cast <u>compreso il materiale di realizzazione</u>	€ 21,40	
	93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA	€ 21,40	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	93.29	CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	€ 7,20	
	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale. Per seduta collettiva. Ciclo di 12 sedute	€ 7,00	
	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO. Per seduta di 45 minuti ciascuna e per arto. Escluso: linfedema da insufficienza venosa primitiva e linfedema cronico non responsivo	€ 12,00	
	93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI DENERVATI. Escluso: Viso	€ 4,60	
	93.46	TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	€ 11,40	
	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	€ 30,95	
	93.52	APPLICAZIONE DI MINERVA GESSATA	€ 30,95	
	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	€ 30,95	
	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE antibrachio-metacarpale e femoro-podalico	€ 8,10	
	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	€ 15,20	
	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: toraco brachiale, femoro-podalico	€ 25,20	
	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: brachio-antibrachio-metacarpale, tibio-podalico	€ 19,15	
	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: antibrachio-metacarpale	€ 12,70	
	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: femoro-tibiale	€ 22,70	
	93.54.8	APPLICAZIONE DI STECCA DI ZIMMER per dito della mano o del piede	€ 6,05	
	93.54.9	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO. Compreso materiale	€ 15,60	
	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	€ 3,85	
	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO femoro-podalico	€ 25,20	
	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO TIBIO-PODALICO	€ 21,30	
	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO per linfedema	€ 6,85	
	93.56.5	BENDAGGIO PER CLAVICOLA/SPALLA	€ 13,95	
	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO O DELL'IPOVEDENTE GRAVE. Terapia delle attività della vita quotidiana. Per seduta individuale di 30 minuti. Ciclo di 10 sedute	€ 12,35	
	93.78.3	RIABILITAZIONE DELLA FUNZIONE VISIVA NEGLI IPOVEDENTI. Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 12,35	
	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 7,70	
	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	€ 1,75	
	93.82.3	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE ASMATICO/ ALLERGICO CON RISCHIO ANAFILATTICO. Seduta individuale	€ 7,70	
	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. intero training (minimo 3 sedute)	€ 8,70	
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale. Ciclo di 10 sedute	€ 8,40	
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva. Ciclo fino a 10 sedute	€ 2,15	
	93.89.4	TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI	€ 34,00	
	93.94	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI (BRONCODILATATORI O ANTIBIOTICI) PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Per seduta. Incluso farmaco	€ 1,65	
	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA. Per seduta	€ 82,60	
H	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	€ 7,75	
	93.99.2	ADDESTRAMENTO E ADATTAMENTO ALLA PROTESI VENTILATORIA NON INVASIVA E ALL' EROGATORE DI PRESSIONE POSITIVA [CPAP]. Per seduta individuale	€ 6,35	
	93.99.3	DRENAGGIO DELLE SECREZIONI BRONCHIALI Per seduta. Ciclo di 5 sedute	€ 8,70	
	93.99.4	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	€ 23,20	
	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	€ 9,70	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO, M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET. Test di sviluppo psicomotorio	€ 15,45	
	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine, test di attenzione, test di abilità di lettura	€ 5,80	
	94.02.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	€ 5,80	
	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	€ 5,95	
	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	€ 5,80	
	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	€ 7,75	
	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., FNPA)	€ 27,10	
	94.08.5	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	€ 5,80	
	94.08.6	SOMMINISTRAZIONE E INTERPRETAZIONE DI TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	€ 5,80	
	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	€ 22,00	
	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	€ 16,20	
	94.19.1	PRIMA VISITA PSICHIATRICA	€ 22,00	
	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE (per seduta)	€ 19,30	
	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	€ 23,20	
	94.42.1	PSICOTERAPIA DI COPPIA Per seduta	€ 26,00	
	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante (Max 10 partecipanti)	€ 9,70	
	95.02	PRIMA VISITA OCULISTICA. Incluso: ESAME DEL VISUS, REFRAZIONE CON EVENTUALE PRESCRIZIONE DI LENTI, TONOMETRIA, BIOMICROSCOPIA, FUNDUS OCULI CON O SENZA MIDRIASI FARMACOLOGICA	€ 22,15	
	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	€ 35,60	
	95.03.2	PUPILLOMETRIA	€ 2,55	
	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT) a luce coerente. Non associabile a 95.09.4	€ 35,60	
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica, FDT	€ 35,60	
	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	€ 7,75	
	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	€ 7,75	
	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	€ 7,75	
	95.09.2	ESOFALMOMETRIA	€ 7,90	
	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	€ 7,75	
	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA [HRT o GDx o OCT] Non associabile a Tomografia retinica (OCT) 95.03.3	€ 49,40	
	95.09.5	ABERROMETRIA OCULARE	€ 7,75	
	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	€ 3,85	
	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	€ 3,85	
H	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA	€ 46,45	
	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	€ 116,45	
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	€ 35,60	
	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	€ 35,60	
	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE CON CONTA CELLULE ENDOTELIALI	€ 30,95	
	95.13.3	ECOBIMETRIA, ESAME BIOMETRICO INTERFEROMETRICO	€ 19,35	
	95.2	TEST DI HESS - LANCASTER	€ 7,75	
	95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	€ 33,55	
	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	€ 33,55	
	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	€ 24,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	95.24.1	STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO [spontaneo, posizionale, provocato (elettronistagmografia, videoculografia)]	€ 22,05	
	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	€ 30,95	
	95.26	TEST DI PROVOCAZIONE E CURVA TONOMETRICA PER GLAUCOMA	€ 11,60	
	95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	€ 5,60	
	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	€ 9,75	
	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	€ 9,75	
	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	€ 11,90	
	95.42	IMPEDENZOMETRIA	€ 8,65	
	95.43	VISITA AUDIOLOGICA, VISITA FONIATRICA	€ 22,00	
	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE 'Esame clinico con prove caloriche e rilievo di segni spontanei non associabile a STUDIO REGISTRATO DEL NISTAGMO (95.24.1)	€ 16,25	
	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	€ 32,50	
	95.46	ACUFENOMETRIA, PROVE AUDIOMETRICHE SOPRALIMINARI	€ 16,25	
	95.48.1	VERIFICA BENEFICIO PROTESICO. Audiometria tonale protesica. Audiometria vocale protesica. Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	€ 11,90	
	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	€ 9,75	
	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	€ 12,25	
	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	€ 23,70	
	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	€ 19,50	
	96.18	INSERZIONE/RIMOZIONE DI PESSARIO VAGINALE	€ 9,70	
	96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	€ 9,70	
	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	€ 11,60	
	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	€ 11,60	
	96.38	RIMOZIONE DI FECALOMA	€ 12,00	
	96.49	INSTILLAZIONI ENDOVESICALI. Incluso farmaco	€ 9,70	
	96.51	IRRIGAZIONE O MEDICAZIONE DELL'OCCHIO	€ 3,90	
	96.52	RIMOZIONE DI CERUME Non associabile alla visita ORL (89.7B.8)	€ 7,75	
	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO COMPLETA	€ 10,90	
	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE. Per elemento	€ 4,65	
H	96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA	€ 37,00	
	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione o infusione di urokinasi o r-TPA per disostruzione	€ 15,45	
	96.59	MEDICAZIONE DI FERITA. Incluso: eventuale anestesia locale per contatto e detersione e rimozione di punti di sutura	€ 4,05	
	96.59.1	MEDICAZIONE AVANZATA SEMPLICE di ferita con estensione < 10 cm2 e/o superficiale. Incluso: anestesia locale per contatto e detersione. Fino a sedici medicazioni per ferita	€ 10,00	
	96.59.2	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 10-25 cm2 e/o profondità limitata al derma. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 40 medicazioni per ferita	€ 19,00	
	96.59.3	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione 25-80 cm2 e/o interessamento fascia muscolare. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 60 medicazioni per ferita	€ 32,00	
	96.59.4	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferita con estensione > 80 cm2 e/o interessamento di muscoli e piani profondi. Incluso: anestesia locale per contatto, detersione, sbrigliamento. Fino a 80 medicazioni per ferita	€ 58,00	
H	96.59.5	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA con involuzione fagedenica, infezione severa con coinvolgimento dei tessuti profondi. Incluso: anestesia per infiltrazione locale, detersione, antisepsi, sbrigliamento, medicazioni. Con documentazione fotografica. Fino a 20 medicazioni per ferita	€ 61,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
H	96.59.6	MEDICAZIONE AVANZATA DI FERITA COMPLICATA CON TECNICHE STRUMENTALI. Per lesione che richiede particolare impegno per cronologia e/o infezione tessuti profondi e/o esposizione segmenti ossei e/o tendinei. Incluso: Anestesia tronculare, sedazione farmacologica, detersione, sbrigliamento chirurgico, medicazioni speciali con tecniche strumentali quali: medicazioni cavitare, vacuum terapia, toilette chirurgica ad ultrasuoni, sostituti della pelle, prodotti stimolanti neoangiogenesi e rivascularizzazione periferica (es. prostanoidei, inibitori metalloproteasi). Fino a 20 medicazioni per ferita (Per le vasculiti: 60 medicazioni per ferita)	€ 124,00	
	96.59.7	MEDICAZIONE AVANZATA COMPLESSA di ferite croniche e/o coinvolgenti almeno un terzo della superficie cutanea. Incluso: antidolorifico sistemico e/o locale, detersione, sbrigliamento, uso di garze avanzate. Per seduta di almeno 1 ora	€ 124,00	
H	96.6A	POSIZIONAMENTO DI SONDINO NASO-GASTRICO PER NUTRIZIONE ENTERALE	€ 18,05	
	97.1	RIPARAZIONE APPARECCHI GESSATI	€ 10,20	
	97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA. Escluso il costo della cannula	€ 50,40	
	97.35	RIMOZIONE O CEMENTAZIONE DI PROTESI DENTALE FISSA. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico. Escluso: in corso di trattamento protesico	€ 10,75	
H	97.35.1	RIMOZIONE DI IMPIANTI OSTEOINTEGRATI CON LEMBO MUCOSO E OSTEOPLASTICA	€ 15,00	
	97.61	RIMOZIONE O SOSTITUZIONE DI PIELOSTOMIA PERCUTANEA	€ 279,00	
	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	€ 9,65	
	97.88	RIMOZIONE DI SUPPORTO, GESSO, STECCA	€ 9,70	
	98.0	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL TUBO DIGERENTE, SENZA INCISIONE	€ 59,00	
	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, NASO SENZA INCISIONE	€ 8,40	
	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	€ 15,10	
	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	€ 10,30	
	98.2	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE SENZA INCISIONE IN QUALSIASI SEDE	€ 8,40	
	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	€ 7,75	
H	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Prima seduta. Incluso: Visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2	€ 762,25	
H	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETERALE. Per seduta successiva alla prima. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1	€ 468,95	
H	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta. Incluso: Ecografia dell'addome inferiore, Visita urologica di controllo	€ 279,30	
	98.59.4	TERAPIA CON ONDE D'URTO dell'induratio penis plastica. Per seduta. Fino ad un massimo di 10 sedute	€ 33,00	
	98.59.5	TERAPIA CON ONDE D'URTO [FOCALI] MEDIANTE APPARECCHIO DI LITOTRIPSIA per trattamento di fasciti plantari, pseudoartrosi, presenza di calcificazioni delle strutture periarticolari della spalla. Per seduta. Fino ad un massimo di 3 sedute, non ripetibili per la stessa patologia entro 12 mesi	€ 60,00	
	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 11,60	
	99.06.A	INIBITORI DEI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	€ 8,00	
	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	€ 25,80	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	99.07.2	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Applicazione su superficie cutanea o mucosa. Escluso: Emocomponente	€ 24,60	
	99.07.3	SOMMINISTRAZIONE TERAPEUTICA NON TRASFUSIONALE DI EMOCOMPONENTE. Infiltrazione intratissutale, intraarticolare o in sede chirurgica. Escluso: Emocomponente	€ 42,50	
H	99.12.1	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER ALLERGENI INALATORI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	€ 11,60	
H	99.12.2	IMMUNOTERAPIA SPECIFICA PER VELENO DI IMENOTTERI. Ciclo fino a 12 somministrazioni nel corso di un anno. Escluso: il costo del vaccino	€ 11,60	
H	99.12.3	SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PER MALATTIE AUTOIMMUNI o IMMUNOMEDIATE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso farmaco	€ 10,00	
H	99.12.4	DESENSIBILIZZAZIONE PER FARMACI ED ALIMENTI. Per seduta	€ 11,60	
	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	€ 11,60	
	99.21	INIEZIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE. Incluso: per via sottocutanea, intramuscolare, endovenosa. Escluso: steroidi, sostanze ormonali, chemioterapici e farmaci biologici. Incluso farmaco	€ 7,15	la tariffa non remunera il farmaco ad alto costo, che è comunque a carico dei Servizi Sanitari Regionali
	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone. Impianto sottodermico di progesterone. Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni. Incluso farmaco	€ 9,70	
	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI. Incluso farmaco	€ 11,60	
	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI ANTITUMORALI. Escluso farmaco	€ 10,00	
	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI. Incluso: eventuale training per la somministrazione	€ 7,75	
	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	€ 10,95	
	99.29.A	SEDAZIONE COSCIENTE. In corso di biopsie e in corso di endoscopie	€ 19,00	
	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA [PLASMA EXCHANGE]	€ 443,05	
	99.71.1	AFERESI SELETTIVA SU PLASMA	€ 743,00	
	99.71.A	AFERESI SELETTIVA SU SANGUE INTERO [granulocito-monocito aferesi terapeutica]	€ 402,80	
	99.71.B	AFERESI TERAPEUTICA DELLE LIPOPROTEINE	€ 2.113,40	
	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	€ 402,80	
	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA [ERITRO EXCHANGE]	€ 373,40	
	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	€ 408,00	
	99.76	SALASSO TERAPEUTICO	€ 25,70	
	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB). Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	€ 9,10	
	99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA. Puva terapia. Per seduta. Ciclo fino a 6 sedute	€ 11,65	
	99.83	FOTOCHEMIOTERAPIA EXTRACORPOREA [Raccolta, fotoattivazione e reinfusione linfocitaria] Non associabile a 99.72	€ 900,60	
	99.91	AGOPUNTURA PER ANALGESIA	€ 9,70	
	99.92	ALTRA AGOPUNTURA. Escluso: quella con Moxa revulsivante	€ 9,10	
	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI DENTI	€ 15,45	
	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata	€ 14,05	
	99.97.3	MANTENITORE DI SPAZIO. Non associabile al codice 99.97.1	€ 15,45	
	99.99.2	MONITORAGGIO DINAMICO DELLA GLICEMIA (HOLTER GLICEMICO). Incluso: addestramento del paziente all'uso dell'apparecchio	€ 72,05	
	G1.01	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 450,00	
	G1.01.D	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Disomia uniparentale (UPD)	€ 180,00	
	G1.01.M	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Analisi di metilazione	€ 227,00	
	G1.01.T	Analisi mutazionale di malattia che necessita di un solo gene per la diagnosi. Ricerca espansione triplette	€ 100,00	
	G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo due geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo	€ 500,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	G1.03	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 3 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.04	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 4 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.05	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 5 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.06	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 6 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.07	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 7 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.08	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 8 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.09	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 9 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.11	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 11 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.12	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 12 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.13	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 13 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.14	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 14 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.15	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 15 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.16	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 16 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.17	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 17 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.18	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 18 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.19	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 19 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.20	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 20 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.21	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 21 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.22	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 22 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.23	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 23 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.24	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 24 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.25	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 25 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.26	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 26 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	G1.27	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 27 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.28	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 28 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.29	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 29 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.30	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.31	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.32	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 32 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.33	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 33 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.34	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 34 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.35	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 35 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.36	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 36 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.37	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 37 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.38	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 38 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.39	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 39 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.40	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 40 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.41	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 41 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.42	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 42 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.43	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 43 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.44	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 44 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.45	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 45 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.46	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 46 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo 47 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, <u>qualunque metodo</u>	€ 1.350,00	
	G1.91	Analisi di mutazione nota. Ricerca di mutazione identificata in caso di familiarità. <u>Sequenziamento qualunque metodo</u>	€ 60,00	
	G1.92	Analisi di regione cromosomica mediante Southern blot (Blotting)	€ 160,00	
	G1.93	Analisi mutazionale di malattia che necessita del Sequenziamento del DNA mitocondriale per la diagnosi	€ 180,00	
	G1.94	Analisi di Contaminazione Materna. Zigosità. PCR qualitativa (Real-time PCR)	€ 120,00	
	G2.01	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di linfociti con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismo	€ 210,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
	G2.02	ANALISI CITOGENETICA POSTNATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura di materiale biologico con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale analisi per mosaicismi	€ 330,00	
	G2.03	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura amniociti, colorazioni differenziali	€ 220,00	
	G2.04	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura villi coriali, coltura di villi coriali a breve e a medio termine, colorazioni differenziali.	€ 330,00	
	G2.05	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: coltura dei linfociti fetali con mitogeni, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi	€ 210,00	
	G2.06	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Analisi del cariotipo. Incluso: Coltura di materiale abortivo, colorazioni differenziali ed eventuale studio per mosaicismi	€ 210,00	
	G2.07	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 13, 18, 21, X e Y. Qualunque metodo	€ 250,00	
	G2.08	Analisi citogenetica molecolare. Incluso: FISH con sonda di DNA su metafasi/nuclei interfasci/MLPA e coltura del materiale biologico da analizzare	€ 300,00	
	G2.09	IBRIDAZIONE GENOMICA COMPARATIVA SU MICROARRAY. Incluso: estrazione DNA, CGH-array, SNPs-array, e coltura del materiale biologico da analizzare	€ 850,00	
	G2.10	ANALISI CITOGENETICA PRENATALE. Ricerca aneuploidie dei cromosomi 15, 16, 22. Qualunque metodo	€ 250,00	
	G3.01	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2D6	€ 65,00	
	G3.02	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. Farmacogenetica dei geni del metabolismo dei farmaci: CYP2C19	€ 65,00	
	G3.03	RICERCA DI MUTAZIONI NOTE/POLIMORFISMI NOTI. FARMACOGNETICA IN ONCOLOGIA: UGT1A1	€ 65,00	
	G9.01	CONSULENZA GENETICA ASSOCIATA AL TEST. Consulenza Genetica in paziente con ipotesi diagnostica specifica già formulata e con prescrizione di test genetico. Consulenza pre-test: spiegazione dei vantaggi e dei limiti del test genetico e somministrazione dei consensi informati (se non effettuati nell'ambito della visita). Consulenza post-test: spiegazione del risultato del test genetico	€ 22,00	

PRESTAZIONI DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE				
NOTA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	SPECIFICHE
Art. 21 L.R. n.25/007				tariffa nuova
I	54.98.3	DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE NIPD E OCPD	€ 77,47	
I	40.19.3	BIOPSIA MICROISTOLOGICA CON ASPIRAZIONE FORZATA AUTOMATICA SOTTO GUIDA ECOGRAFICA	€ 464,81	
I	40.19.4	BIOPSIA MICROISTOLOGICA CON ASPIRAZIONE FORZATA AUTOMATICA SOTTO GUIDA STEREOETASSICA	€ 774,68	
I	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE (CON LASER A ECCIMERI TECNICA LASIK O LAMELLARE)	€ 182,82	€ 123,00
I	90.39.6	RAPAMICINA (SIROLIMUS) DOSAGGIO CON METODICA HPCL	€ 40,00	
I	91.13.6	ELASTASI 1 PANCREATICA/F EIA	€ 20,00	€ 12,45
I	91.35.6	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE (BNP O NT-PROBNP)	€ 15,40	
I	91.58.2	ANTICORPI ANTI-ENDOMISIO IGA (EMA)(IGG,IGA)	€ 11,88	€ 7,10
I	91.58.3	ANTICORPI ANTI-TRANSGLUTAMINASI (TTG)(IGG,IGA)	€ 11,40	€ 7,65
I	91.58.4	HLA PER IDENTIFICAZIONE DEGLI ALOTIPI DQ2 E DQ8	€ 180,80	
I	91.58.5	ANTICORPI ANTI-DESMOGLEINA 1(DSG1) EIA	€ 17,63	
I	91.58.6	ANTICORPI ANTI-DESMOGLEINA 3(DSG3) EIA	€ 17,63	
I	91.58.7	ANTICORPI B.P.180 EIA	€ 18,34	
Art.22 L.R. 26/2006				
I	18.91.1	RM SPETTROSCOPIA (ASSOCIATA AD ESAME DI BASE 88.91.1)	€ 33,32	€ 184,80
I	18.91.2	RM SPETTROSCOPIA (ASSOCIATA AD ESAME DI BASE 88.91.2)	€ 49,50	non specifica esame di base

Allegato B**Documento tecnico “Prestazioni di Genetica Medica”**

Il nuovo Tariffario di cui al DM 26 giugno 2023, prevede nell’Allegato 2 (Allegato 4 nel DPCM LEA 12.01.2017) la tariffazione per una serie di prestazioni di genetica medica.

In particolare, i codici **da G1.03 a G1.47** sono tutti relativi alla stessa tipologia di prestazione “*Analisi mutazionale di malattia che necessita di massimo ... geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo.*” e con stessa tariffa di € 1350 per ciascuna voce. Quello che cambia è solo il numero di geni analizzati.

Per ragioni di natura semplificativa si propone in primo luogo il seguente raggruppamento di voci:

G1.02	Analisi mutazionale di malattia che necessita di 2 geni per la diagnosi. Sequenziamento e/o eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.03.10	Analisi mutazionale di malattia che necessita da 3 a 10 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.11.30	Analisi mutazionale di malattia che necessita da 11 a 30 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo
G1.31.47	Analisi mutazionale di malattia che necessita di oltre 31 geni per la diagnosi. Sequenziamento ed eventuale metodica quantitativa, qualunque metodo

Tale raggruppamento non comporta alcun nuovo codice, ma rende più agevole il lavoro del prescrittore.

In relazione invece alla erogabilità, il DPCM del 2017 fa riferimento per l’elenco delle note e delle corrispondenti condizioni di erogabilità o indicazioni di appropriatezza prescrittiva all’allegato 4D.

Per le prestazioni da G1.03 a G1.47 vale **la nota 92 dell’allegato 4D** che indica a pag. 186: “*La prestazione è riferita alle patologie riportate nell’Allegato 4 GEN Colonna A, Colonna C e Colonna D con il medesimo codice. Per l’individuazione dei singoli geni, per la Colonna A si fa riferimento a quelli con valore diagnostico riportati nella Banca dati Orphanet e suoi aggiornamenti, fonte informativa di riferimento per le malattie rare a livello europeo, e per le Colonne C e D, ai geni specificamente indicati.*”

In virtù di tale aggiornamento continuo la prassi diffusa nei Laboratori di Genetica Medica è quella dei **pannelli virtuali**, cioè quando è necessaria la analisi di più geni si usa come metodo (la scelta del metodo come sopra riportato è legittima) il sequenziamento di tutti i geni malattia e poi da tale insieme di dati si ricava la informazione dei geni relativi al sospetto clinico.

Pare evidente, alla luce di tali considerazioni, come l’utilizzo dei codici da P001 a P1016 di cui all’Allegato Genetica Colonna “A”: GENETICA MEDICA (DPCM 2017 da pag. 150 a pag.164) sia non solo insufficiente in quanto non aggiornato, come lo stesso DPCM del 2017 di fatto riconosce inserendo il richiamo alla fonte aggiornata di Orphanet, ma possibile fonte di notevole incremento dei costi per il SSN.

Potrebbe essere necessario analizzare nello stesso paziente diverse serie di geni ed ogni volta con prescrizione separata (es. cardiomiopatie da P129 a P132; oppure difetti della glicosilazione da P134 a P168, e così via). Non sempre, infatti, la caratterizzazione del fenotipo e lo studio clinico sono così dirimenti, per cui, esclusa una ipotesi diagnostica, si potrebbe in fase successiva proporre lo studio di altri geni e così via con un inevitabile allungamento dei tempi (odissea diagnostica) ed una intuibile moltiplicazione dei costi per il SSR.

In tal senso, nel prospetto allegato al presente provvedimento sotto la lettera X) per formarne parte integrante e sostanziale intesi sono costruiti dei pacchetti diagnostici per gruppi di patologie compresi comunque nell’ambito delle indicazioni dell’Allegato Genetica Colonna “A”.

Per migliore chiarezza accanto al gruppo di patologie si sono inseriti i codici di riferimento dell’Allegato A ed il codice che comprende il numero totale di geni nel pacchetto. Tale lavoro evidenzia con assoluta chiarezza che:

- 1) **Non si tratta di nuovi LEA: sono solo raggruppamenti nell'ambito dei codici previsti;**
- 2) **Non vi è alcun incremento dei costi: da 3 a 47 geni la tariffa è sempre la medesima.** Al contrario il pacchetto impedisce la moltiplicazione dei costi con prestazioni multiple e più prescrizioni per lo stesso paziente.
- 3) **Vi è un palese beneficio** in termini di tempi e modalità di erogazione per il paziente e per il medico prescrittore.

Per le ragioni sopra riportate l'utilizzo dei pacchetti, pur non potendo essere obbligatorio, va incoraggiato attraverso l'utilizzo di sistemi di sorveglianza circa la erogazione appropriata delle prestazioni suddette che prevedano un blocco ovvero la necessità di elementi giustificativi laddove fosse necessario programmare nuove analisi mediante sequenziamento.

L'obiettivo NON è di proibire le analisi, ma di responsabilizzare il medico prescrittore verso la formula più appropriata con ovvia riduzione dei tempi e dei costi: chi usa singoli codici può farlo, ma se ne assume le conseguenze.

Codice Catalogo Regionale	Denominazione PACCHETTO	Codici di riferimento su Allegato GENETICA COLONNA "A" (DPCM 2017)	Tariffario Nomenclatore DPCM 2017
P2001	ANEMIE RARE E ALTERAZIONI DEL METABOLISMO DEL FERRO	P037; P038; da P045 a P057; P093; P428; P520; P557; P558; P869	G1.47
P2002	ANGIOEDEMI/LINFEDEMI EREDITARI	da P060 a P062	G1.06
P2003	AORTOPATIA EREDITARIA/SINDROME CON HABITUS MARFANOIDE	P058;P223;P224;P423;P457;P681;P755;P756; P873;P936	G1.47
P2004	ARTROGRIPOSI/ANOMALIE CONGENITE DEGLI ARTI	P016; P017; daP074 a P078; P092; P170; P207; da P546 a P549; P749; P761; P810; P811; P851; P856; P900	G1.47
P2005	ATROFIE MUSCOLARI	da P098 a P103; P107; P642	G1.14
P2006	BASSA STATURA EREDITARIA	P333; P546; P575; P580; P774;P952	G1.13
P2007	CARDIOMIOPATIE	P129;P130;P131;P132	G1.47
P2008	CARDIOPATIE CONGENITE ISOLATE E SINDROMICHE	P080; P128; P344; P424; P487; P937; P964	G1.20
P2009	CILIOPATIE	P036;P041;P109;P412;P424;P722;P822;P823; P841;P913;P946;P991	G1.47
P2010	CRANIOSINOSTOSI E MALFORMAZIONI CRANIOFACIALI	P016; P017; P027; P217-219; P221; P378; P365; P366; P788; P833; P983; P984	G1.41
P2011	CROMATINOPATIE	P112;P180;P213;P331;P434;P565;P567;P745; P757; P829;P832;P878;P882;P911;P965;P966; P982;P998	G1.44
P2012	DEMENZE EREDITARIE	P040; P339;P340	G1.06
P2013	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DEL CICLO DELL'UREA	P071;P192; P278; P306; P309	G1.05
P2014	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO DELLE PURINE E PIRIMIDINE	P581;P1004;P1005;P1006	G1.03
P2015	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEGLI AMINOACIDI	P003;P007;P008;P009; P031; P186; P187; P188; P189; P190; P191; P461; P458; P489; P491; P504; P510; P521;P522;P525;P526;P534;P535; P582; P688; P689; P690; P755; P756; P978; P979; P980 ;P981	G1.47
P2016	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI CARBOIDRATI	P231; P237; P289; P471;P477; P502; P610; P611; P653	G1.13
P2017	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEI METALLI	P914; P1001	G1.02

Codice Catalogo Regionale	Denominazione PACCHETTO	Codici di riferimento su Allegato GENETICA COLONNA "A" (DPCM 2017)	Tariffario Nomenclatore DPCM 2017
P2018	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DEL FERRO	P002; P037; P038; P093; P428; P520	G1.10
P2019	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLE LIPOPROTEINE	P039; P251; P330; P514; P515; P516; P517; P518; P538; P539; P542; P543; P544	G1.27
P2020	DIFETTI CONGENITI DEL METABOLISMO E DEL TRASPORTO DELLE PROTEINE	P042; da P134 a P168	G1.36
P2021	DIFETTI CONGENITI DELLA METABOLISMO ENERGETICO MITOCONDRIALE (OSSIDAZIONE DEGLI ACIDI GRASSI, DEFICIT CREATINA, DIFETTI FOSFORILAZIONE OSSIDATIVA DNA NUCLEARE)	P258; P263; P264; P265; P279; P325; P317; P241; P242; P577	G1.26
P2022	DIFETTI CONGENITI DELLA METABOLISMO ENERGETICO MITOCONDRIALE (OSSIDAZIONE DEGLI ACIDI GRASSI, DEFICIT CREATINA, DIFETTI FOSFORILAZIONE OSSIDATIVA DNA NUCLEARE)	P241; P242; P258; P263; P264; P265; P279; P317; P325; P577	G1.26
P2023	DIFETTI CONGENITI DELLA SINTESI ACIDI BILIARI	P256; P1007	G1.02
P2024	DIFETTI CONGENITI DELL'ASSORBIMENTO E DEL TRASPORTO DI VITAMINE E COFATTORI PROTEICI	P277; P300; P301; P324;	G1.04
P2025	DIFETTI DEL DIFFERENZIAMENTO SESSUALE/MALFORMAZIONI CONGENITE GENITOURINARIO	P069; da P351 a P354; P498; P499; P550; P555	G1.47
P2026	DISLIPIDEMIE	da P514 a P518; P538; P539; P542; P543; P544	G1.23
P2027	DISPLASIE SCHELETRICHE	da P010 a P015; da P202 a P205; da P366 a P369; da P375 a P391	G1.47
P2028	DISREGOLAZIONE DEL SISTEMA IMMUNITARIO E AUTOIMMUNITA'	P025; P026; P267; P492; P493; P494	G1.15
P2029	DISTROFIE RETINICHE EREDITARIE ISOLATE E SINDROMICHE	P109; da P171 a P177; da P395 a P398; P400; P411; P413; P609; P824-825; P994; P967	G1.47
P2030	DISTURBI EREDITARI DEL MOVIMENTO	P002; P033; da P081 a P091; P095; P096; P104; P105; P118; P211; P212; P231; P244; da P392 a P394; P488; P682; P695; P728; P780	G1.47
P2031	EPATOPATIE EREDITARIE	P329; P428; P617; P1001	G1.10
P2032	EPIDERMOLISI BOLLOSE	da P437 a P444	G1.19
P2033	EPILESSIE CON POSSIBILE BASE GENETICA/EREDITARIA	P171; P208; P209; P422; P434; da P445 a P452; P587; P687; P870; P905	G1.47
P2034	FEBBRI RICORRENTI E DIFETTI AUTOINFIAMMATORI	P115; P460; P505; P506; P864; P961	G1.06

Codice Catalogo Regionale	Denominazione PACCHETTO	Codici di riferimento su Allegato GENETICA COLONNA "A" (DPCM 2017)	Tariffario Nomenclatore DPCM 2017
P2035	IPERINSULINISMI CONGENITI	da P134 a P168; P348; P349; P991	G1.47
P2036	IPOACUSIE ISOLATE E SINDROMICHE	P540; P541	G1.09
P2037	IPOGONADISMI ISOLATI E SINDROMICI	P550; P555; P566	G1.06
P2038	ITTIOSI ISOLATE E SINDROMICHE	da P559 a P564	G1.14
P2039	LEUCODISTROFIE	da P583 a P586; da P648 a P652	G1.17
P2040	MALATTIE ACCUMULO LISOSOMIALE (DIFETTI DA ACCUMULO DI LIPIDI, MUCOPOLISACCARIDOSI, MUCOLIPIDOSI, OLIGOSACCARIDOSI, GANGLIOSIDOSI,	da P171 a 177; P459; P316; P644; P645; P646; P718; P717; P034; P680; P470; P472; P656; P657; P658; P659; P473; P314; P315; P638; P620	G1.47
P2041	MALATTIE DEI PEROSSISOMI	P021; P022; P023; P940; P203; P204; P654	G1.28
P2042	MALATTIE DELLA COAGULAZIONE E DIFETTI DEL COMPLEMENTO	P227; P234; P235; P236; P238; P239; P240; P248; P249; P250; P286; P287; P319; P362	G1.25
P2043	MALATTIE GENETICHE DEL RITMO CARDIACO	P072; P132; P951	G1.33
P2044	MALATTIE MITOCONDRIALI	P228; P229; P243; P317; P419; P436; P540; P675; P685; P687; P696; P705; P750; P861	G1.14
P2045	MALATTIE RENALI CISTICHE	da P821 a P823	G1.05
P2046	MALATTIE TIROIDEE EREDITARIE	P556; P537	G1.02
P2047	MALFORMAZIONI CONGENITE DELL'APPARATO VISIVO	P020; P029; P030; P036; P041; da P063 a P067; P106; P169; P206; P214; P338; P410; P414; P415; P693; P694; P750; P751; P826; P827; P828; P996	G1.47
P2048	MALFORMAZIONI del SNC/DISTURBI DELLA MIGRAZIONE NEURONALE	P033; P080; P104; P105; P355; P420; P457; da P598 a P605; P676; P677; P754; P873; P913; P935	G1.47
P2049	MICROANGIOPATIE CEREBRALI	P119; P123; P685; P691	G1.13
P2050	MICROCEFALIA E/O RITARDO DEL NEUROSVILUPPO	P193; P331; P692	G1.13
P2051	MIOPATIE EREDITARIE	P225; P228; P229; P399; da P401 a P409; P685; da P696 a P709; P750; P751	G1.47
P2052	NEFROPATIE E TUBULOPATIE PRIMITIVE	P005; P006; P035; da P186 a P192; P527; P528; P529; P606; P637; P722; P723	G1.26
P2053	NEUROFIBROMATOSI	P576; da P729 a P731	G1.04
P2054	NEUROPATIE EREDITARIE	P024; P178; P179; da P621 a P636; P732; da P734 a P736; P738; P740; P741; P779; P797	G1.47

Codice Catalogo Regionale	Denominazione PACCHETTO	Codici di riferimento su Allegato GENETICA COLONNA "A" (DPCM 2017)	Tariffario Nomenclatore DPCM 2017
P2055	PANCREATITI SU BASE GENETICA	P464; P773	G1.07
P2056	PIASTRINOPATIE EREDITARIE	P789; P806; da P986 a P988	G1.16
P2057	PNEUMOPATIE INTERSTIZIALI E DIFETTI DEL SURFACTANTE	P232; P465	G1.04
P2058	PORFIRIE	da P799 a P805	G1.14
P2059	RASOPATIE	P128; P215; P576; P578; P820	G1.18
P2060	SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA	P837; P838; P839	G1.13
P2061	SINDROMI CON DISORDINI DEL NEUROSVILUPPO E/O AUTISMO	P059; P079 P087; P421; P468; P608; P745; P830; P832; P935; P1003	G1.29
P2062	SINDROMI PROGEROIDI	P117; P223; P224; P808; P831; P881	G1.11
P2063	SINDROMI STERILITA' FEMMINILE PRIMARIA/MENOPAUSA PRECOCE	P566; P990; P1003	G1.06
P2064	TUMORI EREDITARI	da P124 a P127; P462; P463; P607; P683; P684, da P724 a P726; P776; P798; P826; P891; P921; P1000	G1.47