SEZIONE I

GIUNTA REGIONALE
- Deliberazioni

DELIBERAZIONE 13 febbraio 2006, **n. 86**

Nomenclatore tariffario delle prestazioni incluse nel livello di assistenza della specialistica ambulatoriale.

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la DGR 1082/2005 recante ad oggetto aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale di cui alla delibera di GR 229/97 e la DGR 1178/2005 che prevede la ridefinizione delle tariffe con arrotondamento del nomenclatore tariffario regionale citato;

Atteso che:

- per mero errore materiale non sono state riportate nel nomenclatore tariffario di cui alle delibere sopra citate le seguenti prestazioni:

93.18.1 esercizi respiratori per seduta individuale 10,35 euro,

93.18.2 esercizi respiratori per seduta collettiva 3,35 euro;

- si rileva la opportunità di inserire nella prestazione 99.73.1 "ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE" la dizione " Per seduta (ciclo di sei sedute)";

Preso atto di dover modificare la parte descrittiva della parte prima del nomenclatore tariffario regionale per errori materiali;

A voti unanimi

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in narrativa:

1. di prevedere nel nomenclatore tariffario regionale, che si riporta in allegato, allegato A, l'inserimento delle prestazioni:

93.18.1 esercizi respiratori per seduta individuale 10,35 euro,

93.18.2 esercizi respiratori per seduta collettiva 3,35 euro,

ed in corrispondenza della prestazione 99.73.1 "ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE" la dizione " Per seduta (ciclo di sei sedute)";

2. di approvare il testo del nomenclatore tariffario regionale riportato in allegato, allegato A.

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicità ai sensi della L.R. 9/95, è pubblicato per intero, unitamente agli allegati, sul B.U.R.T. ai sensi dell'articolo 3, comma1, della L.R. 18/96 e successive modifiche ed integrazioni.

Segreteria della Giunta
Il Direttore Generale
Valerio Pelini

SEGUE ALLEGATO

ALLEGATO A

NOMENCLATORE TARIFFARIO REGIONALE DELLE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Comprende le prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale che definiscono il livello di assistenza specialistica ambulatoriale.

Sono da ritenersi fuori LEA specialistica ambulatoriale:
- le prestazioni non indicate nella parte 1 del nomenclatore tariffario regionale
- le prestazioni indicate nella parte 2 del nomenclatore tariffario regionale quando erogate al di fuori delle indicazioni clinico diagnostiche ivi riportate
- le prestazioni previste nella parte 1 del nomenclatore tariffario regionale quando richieste in relazione alla esecuzione di prestazioni sanitarie e attività escluse dai LEA (es. accertamenti preliminari al rilascio della certificazione di idoneità alla guida, accertamenti preliminari alla esecuzione della chirurgia oculistica refrattiva fuori indicazioni clinico diagnostiche, accertamenti preliminari per prestazioni di chirurgia estetica;

Il medico prescrittore è tenuto a prescrivere su ricettario regionale le prestazioni comprese nei LEA specialistica ambulatoriale mentre le prestazioni fuori LEA sono da prescriversi su ricettario bianco.

LEGENDA

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

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

escluso : le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione

incluso : il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice

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

NAS : Non altrimenti specificato

* : l'asterisco indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da linee guida riportate nella parte 2

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

R : la lettera R indica le prestazioni erogabili solo in ambulatori dotati di particolari requisiti

A: la lettera A indica prestazioni risultanti da accorpamenti di prestazioni presenti nel nomenclatore ministeriale DM 22.7.1996

I **:** la lettera I indica prestazioni aggiunte nel nomenclatore regionale e non presenti nel nomenclatore ministeriale DM 22.7.1996 o sostitutive di prestazioni ivi previste.

SIMBOLOGIA

Le prestazioni sono contrassegnate da un simbolo che ne indica le specifiche condizioni di erogabilità:
- **"H"** le prestazioni con questo contrassegno sono erogabili solo presso ambulatori protetti, ossia presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero. Con precisione da strutture ambulatoriali di

classe 2°, ovvero in strutture ambulatoriali intraospedaliere collocate in presidi che erogano prestazioni di ricovero per acuti. (cfr. nota 105/26607/06.07 del 27/8/1999).
Per le prestazioni della branca K "Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche-microbiologia-virologia-anatomia e istologia patologica-genetica-immunoematologia e s.trasfusionale-immunologia allergologia" contrassegnate con lettera H corrispondenti ad indagini di immunoematologia la lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della legge 107/90 (cfr. del.G.R. 142/2000)

- **"R"** le prestazioni con questo contrassegno sono erogabili solo presso ambulatori che esplicano indagini diagnostiche specialistiche ad elevato livello tecnologico e professionale nell'ambito della biochimica clinica, della tossicologia, dell'ematologia, della emocoagulazione, della immunoematologia, della microbiologia, della virologia, della citoistopatologia della biologia molecolare e della genetica, della immunologia, dell'allergologia. Lo specifico carattere specialistico dei medesimi laboratori, configurati, ai sensi del DPR 14 gennaio 1997 come monospecialistici organizzativamente autonomi o moduli organizzativi interni a laboratori di base, deve formalmente risultare:
  a) per le strutture private, dagli atti autorizzativi rilasciati ai sensi della normativa vigente;
  b) per le strutture pubbliche, dagli atti regolamentari e programmatici delle Aziende sanitarie
  (cfr.del G.R. 714/1999)

- **"Rb"** le prestazioni con questo contrassegno sono quelle previste con lettera "R" dal Decreto Ministeriale 22.7.96 per le quali non sono stati individuati requisiti scientifici di specialità, significando così la loro eseguibilità anche in laboratori non specialistici: laboratori pubblici delle Aziende sanitarie e altre istituzioni pubbliche o presso i laboratori privati autorizzati ai sensi della legislazione vigente (cfr .del G.R. 714/1999)

- **"*"** le prestazioni con questo contrassegno sono erogabili a carico del SSN solo secondo specifiche linee guida clinico-diagnostiche. L'erogabilità della prestazione viene associata al problema clinico concreto, contestualizzando l'uso della prestazione specifica sia rispetto al caso clinico, sia rispetto alla gamma delle risorse diagnostiche terapeutiche disponibili

- **"A"** le prestazioni con questo contrassegno rappresentano accorpamenti di prestazioni, in relazione a profili di trattamento predefiniti

- **"I"** le prestazioni con questo contrassegno sono state inserite a livello regionale e non sono presenti nel D.M. 22.7.96.

le parentesi tonde "( )" includono termini descrittivi della prestazione, **le parentesi quadre "[ ]"** includono sinonimi o termini esplicativi della prestazione. Qualora nella prescrizione medica compilata su ricettario regionale sia riportato il termine descrittivo o il sinonimo viene codificato il codice della prestazione corrispondente. Le prescrizioni mediche recanti più sinonimi non possono comportare la fatturazione di più tariffe.
le virgole " , " sono finalizzate a distinguere i diversi distretti/organi e, quando non sono contenute all'interno di parentesi quadre, in corrispondenza di richieste mediche che prevedono l'applicazione della prestazione su diversi distretti/organi, viene riconosciuta la remunerazione in misura pari al numero dei distretti/organi su cui è eseguita la prestazione;

Le tariffe corrispondenti alle prestazioni recanti la dizione **"NAS"** (non altrimenti specificato) non possono mai essere riconosciute in aggiunta a tariffe relative a prestazioni specifiche di analogo contenuto (cfr. del. G.R.551/97)

escluso : le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione

incluso : il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice

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

Prestazioni che prevedono la somministrazione di farmaci
nella parte del nomenclatore tariffario corrispondente alle "NOTE" è indicato quando la prestazione è comprensiva o meno del costo del farmaco somministrato. Qualora la tariffa non remuneri il costo del

farmaco lo stesso viene sostenuto dall'azienda usl di residenza dell'assistito eventualmente attraverso le apposite procedure regionali della compensazione.

Con delibera di G.R. n. 292/99 si dispone l'impossibilità da parte delle strutture pubbliche e private accreditate di somministrare farmaci procurati direttamente dall'utente, gli stessi, per motivi di sicurezza sanitaria, devono essere messi a disposizione dalla stessa struttura, pubblica o privata accreditata, erogatrice delle prestazioni.

Prestazioni non tariffate quando effettuate come parte di una visita generale specialistica (89.7)

La dizione sopra riportata si ritrova in corrispondenza delle procedure individuate sotto i codici di seguito segnalati :

89.1 "Misure anatomiche e fisiologiche ed esami manuali"
89.3 "Altre misure anatomiche e fisiologiche ed esami manuali"
93 "Terapia fisica, terapia respiratoria, riabilitazione e procedure correlate"
95 "Diagnosi e trattamenti oftalmologiciotologici"

in corrispondenza di alcune prestazioni afferenti ai codici sopra riportati si trova la seguente dizione: " la procedura non è tariffata quando erogata contestualmente ad una visita generale specialistica" .

Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale". Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

BRANCHE SPECIALISTICHE

A	ANESTESIA
B	CARDIOLOGIA ANGIOLOGIA
C	CHIRURGIA GENERALE
D	CHIRURGIA PLASTICA
E	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA
F	DERMATOLOGIA - ALLERGOLOGIA E IMMUNOLOGIA CLINICA
G	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE
H	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA
I	ENDOCRINOLOGIA
J	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA
K	ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA-IMMUNOEMATOLOGIA E S.TRASFUSIONALE-IMMUNOLOGIA ALLERGOLOGIA
L	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE-RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI
M	NEFROLOGIA
N	NEUROCHIRURGIA
O	NEUROLOGIA
P	OCULISTICA
Q	ODONTOSTOMATOLOGIA-CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE
R	ONCOLOGIA
S	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
T	OSTETRICIA GINECOLOGIA
U	OTORINOLARINGOIATRIA
V	PNEUMOLOGIA
W	PSICHIATRIA, NEUROPSCICHIATRIA INFANTILE, PSICOLOGIA
X	RADIOTERAPIA
Y	UROLOGIA
Z	ALTRE PRESTAZIONI
1	MEDICINE COMPLEMENTARI

ALLEGATO

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONI FUNZIONALI (sedute di 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
351	Disturbi del nervo facciale	10-30	90	3	**45'**	**202,30**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali; **oppure** 93.01.3 VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE, con scale psico-comportamentali e/o funzionali 'Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione 'di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4); **oppure** 93.04.2 VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE Bilancio articolare e muscolare segmentario.	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA **oppure** 93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback con eventuale 93.39.1 MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA se necessaria.	93.11.4RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback
354	mononeuriti dell'arto superiore e mononeuriti multiple								
355	Mononeuriti dell'arto inferiore e di sede non specificata								

							2 VALUTAZIONI	10 ESERCIZI ORTOTTICI (seduta 30 minuti)
378	Strabismo ed altri disturbi dei movimenti binoculari	7-14	30	1	30'	**152,90**	93.02 VALUTAZIONE ORTOTTICA	95.35 TRAINING ORTOTTICO

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)	10 STRUMENTALI (seduta 30 minuti)
386	Sindromi vertiginose ed altri disturbi del sistema vestibolare	7-14	30	1	60'	**198,10**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali; 93.01.3 VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE, con scale psico-comportamentali e/o funzionali 'Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione 'di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4);	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	93.39.5 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Incluso: Idrogalvanoterapia

							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)
478.5	Altre malattie delle corde vocali (con disfunzione fonatoria)	15-30	45	1	30'	**152,90**	93.01.3 VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE, con scale psico-comportamentali e/o funzionali 'Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione 'di test delle funzioni linguistiche ;	93.89.4 TRAINING PER DISTURBI AUDIOFONOLOGICI

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
717	Lesioni interne del ginocchio	0-7dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	3	45'	**215,75**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali;	93.22 TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari **oppure** 93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE **oppure** 93.39.7 ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI
718	Altre lesioni articolari								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
						Pacchetto A	2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA (seduta 30 minuti)	10 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
723.0	Stenosi del canale vertebrale cervicale	Solo in presenza di limitazione algofunzionale 15-30 gg. dall'esordio o post intervento chirurgico	30	2	60	**287,95**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali;	93.17.1 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE VERTEBRALE	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
724.0	Stenosi del canale vertebrale, eccetto la regione cervicale								
						Pacchetto B	2 VALUTAZIONI	10 TRATTAMENTI (durata complessiva 60 minuti)	
723.0	Stenosi del canale vertebrale cervicale		30	2	60	**222,75**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali;	93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback 93.39.1 MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA 93.39.4 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diadinamica e Interferenziale Incluso: Faradoterapia e Galvanoterapia	
724.0	Stenosi del canale vertebrale, eccetto la regione cervicale								
							2 VALUTAZIONI	5 KINESITERAPIA (seduta 30 minuti)	5 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
'723.3	Sindrome cervicobrachiale (diffusa)		30	2	60	**152,85**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali;	93.17.1 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE VERTEBRALE	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
724.3	Sciatalgia (con limitazione algofunzionale persistente da 2-3 settimane)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA (seduta 30 minuti)	10 STRUMENTALI/MASSAGGI (seduta di 15 minuti)
714.9	Artrite reumatoide ed altre poliartropatie infiammatorie ad interessamento monoarticolare (escluso in artrite reumatoide giovanile)	Solo in presenza di limitazione algofunzionale 10-30gg. dopo terapia medica o immediatamente se controindicata terapia medica	60	2	45	**195,05**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA, con scale psico-comportamentali e/o funzionali;	93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICEIncluso: Biofeedback	93.39.4 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diadinamica e Interferenziale Incluso: Faradoterapia e Galvanoterapia **oppure** 93.39.9 ULTRASONOTERAPIA 93.39.1 MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA se necessaria.
726	Entesopatie periferiche e sindromi analoghe								
727	Altri disturbi delle membrane sinoviali, dei tendini e delle borse (con disturbo algofunzionale)	10-30gg. dopo terapia medica o immediatamente se controindicata terapia medica							

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
						Pacchetto A	2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
727.61	Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori	In continutà post intervento chirurgico	60	3	45	**239,60**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
						Pacchetto B	2 VALUTAZIONI	10 STRUMENTALI (seduta 15 minuti)	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)
727.61	Rottura atraumatica completa della cuffia dei rotatori	In continutà post intervento chirurgico	60	3	45	**189,30**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.39.9 ULTRASONOTERAPIA	93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback **oppure** 93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
							10 prestazioni di magnetoterapia (seduta 30 minuti)		
733.82	Mancata saldatura di frattura (pseudoartrosi e ritardo di consolidamento)				30	**26,35**	93.39.8 MAGNETOTERAPIA		

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)	10 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
737.3	Cifoscoliosi e scoliosi	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione			45	**221,30**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
787.6	Incontinenza fecale (successiva ad evento chirurgico o traumatico)	30-60 gg dalla diagnosi	60	2	60'	**324,55**	2 VALUTAZIONI	20 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)	20 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
788.3	Incontinenza di urina (successiva ad evento chirurgico o traumatico)						93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.11.3 *** RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)	10 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
805	Frattura della colonna vertebrale senza menzione di lesione del midollo spinale	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	2	45	**221,30**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
808	Frattura del bacino (esiti funzionali)								

							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONI FUNZIONALI (sedute di 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
810	Frattura della clavicola (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	3	45	**231,60**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA **oppure** 93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback con eventuale 93.39.1 MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA se necessaria.	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
811	Frattura della scapola (esiti funzionali)								
812	Frattura dell'omero (esiti funzionali)								
813	Frattura del radio e dell'ulna (esiti funzionali)								
814	Frattura delle ossa del carpo (esiti funzionali)								
815	Frattura delle ossa del metacarpo (esiti funzionali)								
816	Frattura di una o più falangi della mano (esiti funzionali)								
817	Fratture multiple delle ossa della mano (esiti funzionali)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)	10 RIEDUCAZIONI FUNZIONALI (sedute di 30 minuti)
820 - 821	Frattura collo femore e di altre e non specificate parti del femore di tipo traumatico (in soogetto < 65 anni) (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	3	45	**228,20**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE	93.22 TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari 93.11.3*** RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA **oppure** 93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback con eventuale 93.39.1 MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA se necessaria. 93.39.7 ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI
822	Frattura della rotula (esiti funzionali)								
823	Frattura della tibia e del perone (esiti funzionali)								
824	Frattura della caviglia (esiti funzionali)								
825	Frattura di una o più ossa del tarso e metatarso (esiti funzionali)								
826	Frattura di una o più falangi del piede (esiti funzionali)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONI FUNZIONALI (sedute di 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
830	Lussazione della mandibola (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	2	45	**231,60**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA **oppure** 93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback con eventuale 93.39.4 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diadinamica e Interferenziale Incluso: Faradoterapia e Galvanoterapia 93.39.7 ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
831	Lussazione della spalla (esiti funzionali)								
832	Lussazione del gomito (esiti funzionali)								
833	Lussazione del polso (esiti funzionali)								
834	Lussazione delle dita della mano (esiti funzionali)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONI FUNZIONALI (sedute di 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
836	Lussazione del ginocchio (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	2	45	**228,20**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.22 TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari 93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA **oppure** 93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback con eventuale 93.39.4 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diadinamica e Interferenziale Incluso: Faradoterapia e Galvanoterapia 93.39.7 ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
837	Lussazione della caviglia (esiti funzionali)								
838	Lussazione del piede (esiti funzionali)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONI FUNZIONALI (sedute di 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
840	Distorsione e distrazione della spalla e del braccio (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	2	45	**231,60**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA **oppure** 93.11.4 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback con eventuale 93.39.4 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diadinamica e Interferenziale Incluso: Faradoterapia e Galvanoterapia 93.39.7 ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
841	Distorsione e distrazione del gomito e dell'avambraccio (esiti funzionali)								
842	Distorsione e distrazione del polso e della mano (esiti funzionali)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
							2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (sedute di 30 minuti)	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)
843	Distorsione e distrazione dell'anca e della coscia (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	2	45	**230,40**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.22 TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari 93.11.3*** RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE
844	Distorsione e distrazione del ginocchio e della gamba (esiti funzionali)								
845	Distorsione e distrazione della caviglia e del piede (esiti funzionali)								

							2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)	10 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
846	Distorsione e distrazione della regione sacroiliaca (esiti funzionali)	0-7 dalla rimozione dell'eventuale mezzo di contenzione	60	2	45	**221,30**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
847	Distorsione e distrazione di altre e non specificate parti del dorso (esiti funzionali)								

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
						Pacchetto A	2 VALUTAZIONI	10 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)	10 STRUMENTALI (seduta 30 minuti)
996.66 - 996.4	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna interni - Complicazione meccanica di dispositivi impianti ed innesti ortopedici interni	10-30gg. dopo terapia medica o immediatamente se controindicata terapia medica		2	**45**	**113,10**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE	93.39.5 ELETTROTERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Incluso: Idrogalvanoterapia (seduta di 30 minuti)
						Pacchetto B	2 VALUTAZIONI	10 RIEDUCAZIONE FUNZIONALE (seduta 30 minuti)	
996.66 - 996.4	Infezione e reazione infiammatoria da protesi articolare interna - Complicazione meccanica di dispositivi impianti ed innesti ortopedici interni	10-30gg. dopo terapia medica o immediatamente se controindicata terapia medica		2	**30**	**171,15**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.11.3 ***RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA	

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **	
					Pacchetto A		2 VALUTAZIONI	6 KINESITERAPIA O STRUMENTALE (seduta 15 minuti)	6 ESERCIZI PROPRIOCETTIVI (seduta 30 minuti)
	Limitazione algofunzionale da mal di schiena acuto persistente (2-3 settimane) (in sede cervicale e/ o dorsale e/ o lombare)	15-30 dall'esordio	30	2	45	**139,90**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.17.2 CHINESITERAPIA OSTEOARTICOLARE SEGMENTALE	93.19.1 ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI
					Pacchetto B		2 VALUTAZIONI	5 MANIPOLAZIONI VERTEBRALI (seduta 20 minuti)	
	Limitazione algofunzionale da mal di schiena acuto persistente (2-3 settimane) (in sede cervicale e/ o dorsale e/ o lombare)	15-30 dall'esordio	30	1	**20**	**146,50**	93.01.2 VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIACon scale psico-comportamentali e/o funzionali	93.15 MANIPOLAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	

PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

il medico prescrittore è tenuto ad indicare la condizione di disabilità relativa alla patologia indicata nelle tabelle.L' esecuzione del trattamento appropriato, tra quelli indicati, è responsabilità degli operatori dedicati al trattamento stesso

cod ICD-IX-CM	Descrizione patologia	tempo appropriato di inizio	Obiettivo/Tempo stimato di recupero	n. massimo pacchetti eseguibili nell'anno	Tempo medio per seduta *	Tariffa	Valutazioni (da eseguirsi all'inizio tratrattamento e fine trattamento)*	Pacchetti prestazioni **

*** il tempo medio per seduta non è comprensivo delle procedure di valutazione. La tariffa è comprensiva anche delle procedure di valutazione.**

****la modalità di lettura della tabella è quella orizzontale. es. cod. 351 "Disturbi del nervo facciale" il pacchetto di prestazioni corrispondente consiste in: 2 valutazioni + 10 prestazioni di rieducazione funzionale + 10 prestazioni strumentali. Ciascun contenitore individua le prestazioni da eseguire. Per alcune patologie sono previsti: - pacchetti diversi di prestazioni (pacchetto a) e pacchetto b); - all'interno di un pacchetto prestazioni diverse da eseguire, separate dalla parola "oppure". In entrambi i casi la struttura erogatrice individua il pacchetto di prestazioni appropriato allo specifico caso clinico**

In presenza di condizioni cliniche del paziente che controindicano, o rendono inappropriato, l'uso di una terapia strumentale prevista nello specifico "pacchetto", questa viene sostituita con una prestazione di rieducazione motoria segmentale di analogo impegno di tempo

*****la prestazione 93.11.3 RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA individua le seguenti prestazioni strumentali: isocinetica, laserterapia antalgica, onde d'urto, prorpiocettiva computerizzata**

la tariffa remunera complessivamente il pacchetto di prestazioni. Nel caso in cui non venga eseguito l'intero pacchetto verranno remunerate le sedute effettuate, frazionando la tariffa complessiva per seduta

PARTE SECONDA

"Prestazioni erogabili solo conformemente alle specifiche indicazioni clinico diagnostiche"

Si riportano di seguito le prestazioni la cui erogabilità , a carico del SSN, è condizionata alle indicazioni clinico diagnostiche previste.

Si specifica che le medesime prestazioni sono usufruibili dai soggetti interessati, con partecipazione alla spesa come da normativa vigente salvo i soggetti esenti , esclusivamente nell'ambito delle indicazioni clinico-diagnostiche riportate.

11.99.2 CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE

con laser a eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard (o di superficie) comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento

11.99.4 CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE

con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento

la prestazione è erogata nei casi di:

- ***a)*** miopia con o senza astigmatismo che superi in ciascun occhio le sette diottrie anche in un solo meridiano
- ***b)*** ipermetropia con o senza astigmatismo al di sopra di cinque diottrie anche in un solo meridiano;
- ***c)*** astigmatismo misto in cui la somma delle componenti miopica-ipermetropica superi in ciascun occhio le quattro diottrie; meridiano;
- ***d)*** astigmatismo miotico o ipermetropico semplice superiore alle 3.00 Dcyl;
- ***e)*** anisometropie in cui l'equivalente sferico differisca di più di tre diottrie, e limitatamente all'occhio più ametrope;

13.70 INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE SAI

la prestazione è erogata nei casi di:

esclusivamente in occhi fachici con elevate ametropie

18.21 ASPORTAZIONE DI SENO PREAURICOLARE

la prestazione è erogata nei casi di:

la prestazione è indicata in caso trattasi di malformazione congenita od acquisita quale esito di patologia

21.88 SETTOPLASTICA

la prestazione è erogata nei casi di:

insufficiente flusso aereo narinale non associata a rinoplastica

24.70.1 TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI

per anno. (I dispositivi medici sono a completo carico degli utenti a tariffe concordate non superiori a 200 euro l'anno di terapia)

la prestazione è erogata nei casi di:

a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche anomalie non basali con significativa compromissione funzionale; anomalie non basali senza significativa compromissione funzionale

24.70.2 TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI

per anno , la tariffa è comprensiva dei dispositivi medici utilizzati per la terapia

la prestazione è erogata nei casi di:

a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche: anomalie non basali con significativa compropmissione funzionale; anomalie non basali senza significativa compromissione funzionale

24.70.3 TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI

incluso: Trattamento con placca di svincolo una o due arcate (per anno)

la prestazione è erogata nei casi di:

a soggetti < 14 anni per ortodonzia intercettiva nei casi di anomalie basali (sagittali-verticali-orizzontali)

24.80.1 RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO

la prestazione è erogata nei casi di:

a soggetti che hanno usufruito della prestazione 24.70.3 - 24.70.1 - 24.70.2

69.92 INSEMINAZIONE INTRAUTERINA

incluso: capacitazione di materiale seminale(69.92.1) e Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)

69.92.3 FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA

incluso: monitoraggio della ovulazione (69.92.2)

69.92.4 FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA E PRELIEVOP MICROCHIRURGICO DEGLI SPERMATOZOI

incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)

la prestazione è erogata nei casi di:

solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 41 anni (si intende 41 anni 11 mesi e 29 giorni)

75.10.2 AMNIOCENTESI PRECOCE

75.10.3 AMNIOCENTESI TARDIVA

la prestazione è erogata nei casi di:

a)malformazioni fetali in senso stretto, ecograficamente diagnosticate;

b) riarrangiamento strutturale del corredo cromosomico a rischio di sbilanciamento nella progenie;

c)aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei genitori compatibili con la fertilità;

d) precedente figlio con cromosomopatia. Precedente interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, o parto, nei quali vi sia un sospetto fondato di patologie genetiche (ad es. malformazioni multiple), ma per il quale non sia stato effettuato il cariotipo.

Non costiutisce indicazione all'amniocentesi una precedente perdita fetale o parto di neonato affetto da malformazioni sicuramente non causate da patologie genetiche diagnosticabili;
e)aumentato rischio di patologie mendeliane diagnosticabili;
f)età materna alla data presunta del parto >35 anni;
g) rischio di trisonomia 21 o di trisonomia 18, stimato al triplo test >1:300 al parto (equivalente a > 1:250 al secondo trimestre);h) indicazioni particolari valutate da specialisti del settore (ginecologi o genetisti)

76.92.1 INSERZIONE DI PROTESI MENTONIERA
la prestazione è erogata nei casi di:
esito di trauma o di patologia

85.53 IMPIANTO DI PROTESI MAMMARIA MONOLATERALE
la prestazione è erogata nei casi di:
ricostruzione post mastectomia o per grave asimmetria da malformazione

85.94 RIMOZIONE DI PROTESI MAMMARIA
la prestazione è erogata nei casi di:
quando trattasi di patologia dei processi di guarigione

88.73.6 BIOPSIA DELLA MAMMELLA STEREOTASSICA CON RETROASPIRAZIONE
la prestazione è erogata nei casi di:
lesioni non palpabili: studiate con esame citologico risultato non conclusivo; studiate con esame citologico risultato dubbio; studiate con esame citologico risultato negativo, ma con quadro mammografico sospetto; caratterizzate da microcalcificazioni di significato incerto; caratterizzate da opacità di diametro inferiore a 1 cm., anche in considerazione della necessità di valutare la possibilità di studiare il coinvolgimento dei linfonodi ascellari tramite lo studio del linfonodo sentinella; nelle quali sia necessaria una caratterizzazione preoperatoria non possibile su prelievo istologico

88.99.1 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia
88.99.2 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
88.99.3 DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body
88.99.4 DENSITOMETRIA OSSEA CON TC Lombare
88.99.5 DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI incluso: secondo Born
la prestazione è erogata nei casi di:

1. **Donne e uomini con sospetta osteoporosi secondaria derivanti da patologie quali**:

- morbo di Cushing
- malassorbimenti intestinali
- malattie infiammatorie intestinali e resezioni intestinali

- ipogonadismo primitivo
- ipertiroidismo e iperparatiroidismo primitivo,
- epatopatie croniche specie se colestatiche
- insufficienza renale cronica, sindrome nefrosica, nefropatie croniche,
- soggetti sottoposti a trapianto.

2. **Soggetti che iniziano terapie prolungate (> 6 mesi) con**:

- cor ticosteroidi sistemici (>5mg/die di prednisone-equivalenti),
- tiroxina ad alte dosi soppressive e non sostitutive,
- antiepilettici (fenitoina, fenobarbital),
- farmaci antiretrovirali,
- farmaci che inducono ipogonadismo,
- eparina.

3. **Donne in condizioni ginecologiche suggestive di carenza estrogenica**:

- amenorrea primaria non trattata,
- ovariectomia bilaterale precoce,
- amenorrea secondaria di durata oltre 2 aa.,
- menopausa precoce (< 45 anni).

4. **Donne in menopausa da almeno sei mesi, con fattori di rischio accertati, per le quali l'esecuzione dell'esame è a supporto della decisione terapeutica verso una terapia ormonale sostitutiva o altro trattamento per l'osteoporosi di lunga durata**.

I fattori di rischio considerati sono quelli legati all'anamnesi familiare, agli stili di vita e all'assunzione cronica di farmaci:

a. *Nutrizione:* peso corporeo estremamente basso (ovvero Indice di Massa Corporea <19 kg/m^2),

b. Immobilità prolungata; fumo (> 20 sig/die); abuso di alcool (etilismo),

c. *Assunzione di Farmaci:* vedi quelli indicati al precedente punto

5. **Soggetti con evidenza radiologica di osteoporosi** e di fratture correlate o con storia di pregresse fratture di tipo osteoporotico.

90.46.4 ALFA 2 ANTIPLASMINA
la prestazione è erogata nei casi di:
per diagnosi di diatesi emorragiche

90.58.3 BETA TROMBOGLOBULINA
la prestazione è erogata nei casi di:
per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica

90.65.2 GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA
la prestazione è erogata nei casi di:
per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliache

***90.69.5 INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PA*I**
la prestazione è erogata nei casi di:
per diagnosi di trombofilia

90.76.2 TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA ciascuno
la prestazione è erogata nei casi di:
per diagnosi di piastrinopatia

90.77.2 TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA
la prestazione è erogata nei casi di:
per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliache

90.82.2 TROMBOSSANO B2
la prestazione è erogata nei casi di:
per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"

90.83.1 VISCOSITA' EMATICA
la prestazione è erogata nei casi di:
per diagnosi in sindromi da iperviscosità

90.97.2 BATTERI O MICETI ANTICORPI (D.I.D)
la prestazione è erogata nei casi di:
Miceti: per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche

90.97.3 MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA
(M.I.C., fino a 5 antimicotici)
la prestazione è erogata nei casi di:
per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche

92.09.1 TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO

la prestazione è erogata nei casi di:

per la diagnosi di:cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fini chirurgici del paziente infartuato, successivamente a ecocardiografia con test provocativi e scintigrafia o tomoscintigrafia (SPET) perfusionale miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico

92.11.6 TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)

Studio qualitativo

92.11.7 TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)

Studio quantitativo

92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)

la prestazione è erogata nei casi di:

per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative,demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale

92.24.4 RADIOTERAPIA STEREOTASSICA in seduta unica (cranica ed extracranica)

la prestazione è erogata nei casi di:

lesione uguale o inferiore a 3 cm. del maggior asse. Lesioni benigne, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. Lesioni maligne intracraniche: Tumori maligni primitivi (Inoperabili-Recidivi). Metastasi (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. Lesioni maligne extracraniche: Tumori polmonari, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. Epatocarcinoma, localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. Metastasi epatiche multiple (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.

92.24.5 RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (cranica ed extracranica) prima seduta

la prestazione è erogata nei casi di:

lesione superiore a 3 cm. e non superiore a 5 cm. del maggior asse, vicinanza a strutture critiche indipendentemente dalle dimensioni, ritrattamento. Lesioni benigne, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. Lesioni maligne intracraniche: Tumori maligni primitivi (Inoperabili-Recidivi). Metastasi (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. Lesioni maligne extracraniche: Tumori polmonari, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico.

Epatocarcinoma, localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. Metastasi epatiche multiple (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.

92.24.6 RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (cranica ed extracranica) seduta successiva alla prima (fino ad un massimo di tre sedute)

la prestazione è erogata nei casi di:

lesione superiore a 3 cm. e non superiore a 5 cm. del maggior asse, vicinanza a strutture critiche indipendentemente dalle dimensioni, ritrattamento. Lesioni benigne, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. Lesioni maligne intracraniche: Tumori maligni primitivi (Inoperabili-Recidivi). Metastasi (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. Lesioni maligne extracraniche: Tumori polmonari, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. Epatocarcinoma, localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. Metastasi epatiche multiple (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.

92.25.2 IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)

la prestazione è erogata nei casi di:

come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche, è indicata in caso di: Linfoma cutaneo a cellule T

92.28.6 TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE

la prestazione è erogata nei casi di:

in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone né mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo

93.01.5 VALUTAZIONE DIETETICA

Escluso: stesura di programma nutrizionale (93.89.5) Incluso: controllo terapia dietetica

la prestazione è erogata nei casi di:

diabete mellito, Fibrosi cistica del pancreas, Epatite cronica attiva, Cirrosi epatica e biliare primitiva, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, Insufficienza renale cronica Fetilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione

93.39.2 MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO

Per seduta (30 minuti ciascuna)

la prestazione è indicata in caso di: Linfedema, Stasi venosa, Elefantiasi, Mastectomia, Ingorghi linfatici, Trattamenti radioterapici

93.95 OSSIGENAZIONE IPERBARICA

Per seduta, comprensiva delle visite specialistiche connesse all'effettuazione dell'intero ciclo di prestazioni (fino ad un max di dodici sedute) Escluso: Ossigenazione locale di ferita

la prestazione è erogata nei casi di:

- Embolia gassosa arteriosa,
- Malattia da decompressione subacquea,
- Intossicazione da monossido di carbonio

nell'ambito degli appositi protocolli (del.1500/99), per: Gangrena gassosa da germi anaerobi, Lesioni radionecrotiche-ostioradionecrosi e radionecrosi dei tessuti molli, Ischemia traumatica acuta o sindrome da schiacciamento, Osteomielite refrattaria croniche, Trapianti cutanei a rischio, Infezioni necrotizzanti dei tessuti molli da flora batterica mista, Piaghe torbide da insufficienza venosa ed arteriosa e da lesioni termiche, Piede diabetico gangrenoso, Ipoacusia improvvisa e trauma acustico.Malattia di Meniere, Osteonecrosi asettica della testa del femore.

93.89.5 TERAPIA DIETETICA

Per seduta individuale di 50 min. Stesura del programma nutrizionale

Incluso: valutazione dietetica se contestuale alla stesura del programma nutrizionale

la prestazione è erogata nei casi di:

diabete mellito, Fibrosi cistica del pancreas, Epatite cronica attiva, Cirrosi epatica e biliare primitiva, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, Insufficienza renale cronica Fetilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione

96.54.1 ABLAZIONE TARTARO

la prestazione è erogata nei casi di:

quando richiesta insieme ad altra prestazioni finalizzate alla realizzazione del piano di cura in corso

96.54.2 SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE

la prestazione è erogata nei casi di:

a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche

96.61 NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA

per giornata di terapia

99.15.1 NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE

per giornata di terapia

la prestazione è erogata nei casi di:

pazienti non in grado di assumere l'apporto minimo nutrizionale nei casi di:

- Sindrome da intestino corto temporaneo o permanente,

- Malattie infiammatorie dell'apparato digerente acute o croniche,
- Fistole digestive,
- Malassorbimento,
- Neoplasie dell'apparato digerente,
- Anomalie intestinali congenite,
- Altre forme morbose con grave compromissione metabolica o nutrizionale

99.29.7 MESOTERAPIA

la prestazione è erogata nei casi di:

patologie osteoarticolari

99.79.1 LDL AFERESI SELETTIVA

la prestazione è erogata nei casi di:

ipercolesterolemia familiare omozigote od eterozigote e altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e plurifarmacologica

PARTE PRIMA

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			1. INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO (03 - 05)				
		03	**INTERVENTI SUL MIDOLLO SPINALE E SULLE STRUTTURE DEL CANALE VERTEBRALE**				
H	R	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione endorachide di antiblastici	51,65			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
H	AN	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	103,30			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
H	N	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	103,30			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
		04	**INTERVENTI SUI NERVI PERIFERICI**				
	S	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)	51,15			
	N	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	51,15			
IR	S	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	290,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
IR	S	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	290,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
H	A	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesie per intervento	51,65			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
H	A	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento	15,50			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
		05	**INTERVENTI SUI NERVI O SUI GANGLI SIMPATICI** Escluso: Denervazione uterina paracervicale				
H	AN	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	77,45			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
H	AN	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	129,10			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			2. INTERVENTI SUL SISTEMA ENDOCRINO (06)				
		06	**INTERVENTI SULLA TIROIDE E SULLE PARATIROIDI**				
	CH	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	61,45			
	CI	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	43,40			
	CHI	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	61,45			
H	C	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI incluso eventuale guida ecografica	67,15	GR 207/99		
		08	***3. INTERVENTI SULL'OCCHIO (08-16)*** **INTERVENTI SULLA PALPEBRA** Mediante laser CO2 Incluso: Interventi sul sopracciglio				
	P	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	13,65			
	P	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	13,65			
	P	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALBEBRA Riapertura anchiloblefaron	13,65			
	P	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	13,65			
	P	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	27,25			
	P	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	27,25			
			Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma				
	P	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	27,25			
	P	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	45,45			
	P	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA Intervento per blefarocalasi	34,10			
	P	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	40,90			
	P	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	40,90			
	P	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	68,15			
H	P	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA Riparazione di ectropion con innesto o lembo	154,95			
	P	08.52	BLEFARORRAFIA Cantorrafia, Tarsorrafia	40,90			
H	P	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)	309,85			
	P	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	34,10			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	P	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	34,10			
	P	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	34,10			
	P	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE	68,15			
	P	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	22,70			
	P	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	22,70			
	P	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	13,65			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		09	**INTERVENTI SULL' APPARATO LACRIMALE**				
	P	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	34,10			
	P	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	56,80			
	P	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	40,90			
	P	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE Test di Schirmer escluso: test di Schirmer quando eseguito come parte di una visita specialistica Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	40,90	GR 207/99		
	P	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	56,80			
	P	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	13,65			
	P	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	15,90			
	P	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	56,80			
	P	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	34,10			
	P	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	34,10			
	P	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	34,10			
	P	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	34,10			
H	P	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	258,25			
	P	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	56,80			
H	P	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	206,60			
		10	**INTERVENTI SULLA CONGIUNTIVA**				
	P	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	15,90			
	P	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	27,25			
	P	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	27,25			
	P	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA Rimozione di follicoli di tracoma	27,25			
	P	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	90,90			
	P	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	45,45			
	P	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	11,35			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		11	**INTERVENTI SULLA CORNEA**				
	P	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	56,80			
	P	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	90,90			
	P	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	56,80			
	P	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	22,70			
	P	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	28,40			
RI	P	11.60	TRAPIANTO DI CORNEA	880,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale (del CR 221/99).
RI	P	11.62.1	CHERATOPLASTICA LAMELLARE CON LASER AD ECCIMERI	1.050,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	11.62.2	CHERATOPLASTICA LAMELLARE SENZA LASER AD ECCIMERI	980,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
	P	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	289,20			
	P	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	34,10			
	P	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DI LENTE A CONTATTO	15,90			
*	P	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard (o di superficie) comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento	413,15	GR 561/99	la prestazione è indicata nei casi: a) miopia con o senza astigmatismo che superi in ciascun occhio le sette diottrie anche in un solo meridiano; b) ipermetropia con o senza astigmatismo al di sopra di cinque diottrie anche in un solo meridiano; c) astigmatismo misto in cui la somma delle componenti miopica-ipermetropica superi in ciascun occhio le quattro diottrie; d) astigmatismo miopico o ipermetropico semplice superiore alle 3.00 Dcyl; e) anisometropie in cui l'equivalente sferico differisca di più di tre diottrie, e limitatamente all'occhio più ametrope;	alla prestazione si accede previa dichiarazione da parte del paziente di consenso informato
	P	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK) comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento	413,15	GR 561/99		
I *	P	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare comprensiva di tre visite specialistiche di controllo successive all'intervento	516,45	GR 561/99	la prestazione è indicata nei casi: a) miopia con o senza astigmatismo che superi in ciascun occhio le sette diottrie anche in un solo meridiano; b) ipermetropia con o senza astigmatismo al di sopra di cinque diottrie anche in un solo meridiano; c) astigmatismo misto in cui la somma delle componenti miopica-ipermetropica superi in ciascun occhio le quattro diottrie; d) astigmatismo miopico o ipermetropico semplice superiore alle 3.00 Dcyl; e) anisometropie in cui l'equivalente sferico differisca di più di tre diottrie, e limitatamente all'occhio più ametrope;	alla prestazione si accede previa dichiarazione da parte del paziente di consenso informato
		12	**INTERVENTI SULL' IRIDE, SUL CORPO CILIARE, SULLA SCLERA E SULLA CAMERA ANTERIORE**				
	P	12.14	IRIDECTOMIA Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	90,90			
	P	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	113,60			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	P	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione crioterapia fotocoagulazione laser	90,90			
RI	P	12.5	INTERVENTI PER FAVORIRE LA CIRCOLAZIONE INTRAOCULARE escluso la prestazione 12.59	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: 12.51, 12.52,12.53, 12.54,12.55
H I	P	12.59	ARGONLASER - TRABECULOPLASTICA	56,80	GR 207/99		
		12.6	**FISTOLIZZAZIONE SCLERALE**				
RI	P	12.64.1	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia con antimetaboliti	510,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	12.64.2	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia senza antimetaboliti	470,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	12.66	REVISIONE POSTOPERATORIA DI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	420,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	12.69	ALTRI INTERVENTI DI FISTOLIZZAZIONE DELLA SCLERA	510,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RIA	P	12.7	ALTRI INTERVENTI CHIRURGICI PER RIDURRE L'IPERTONO OCULARE	410,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:12.71,12.72, 12.73,12.74,12.79
		12.8	**INTERVENTI SULLA SCLERA**				
RI	P	12.89.1	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia con sclerotomia profonda viscocanalostomia con impianti	900,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	12.89.2	INTERVENTO DI GLAUCOMA: trabeculectomia con sclerotomia profonda viscocanalostomia senza impianti	485,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
		12.9	**ALTRI INTERVENTI SULL'IRIDE, SUL CORPO CILIARE E SULLA CAMERA ANTERIORE**				
	P	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE Paracentesi della camera anteriore	27,25			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		13	**INTERVENTI SUL CRISTALLINO**				
RI	P	13.1	INTERVENTO DI CATARATTA senza impianto di lente intraoculare	525,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:[13.11; 13.19;13.2;13.3;13.41;13.42;13.43;13.51;13.59]
	P	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	79,55			
		13.7	**INSERZIONE DI PROTESI ENDOCULARE**				
RI*	P	13.70	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE SAI	1.250,00	GR 268/2002	la prestazione viene eseguita esclusivamente in occhi fachici con elevate ametropie	la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatorialesenza anestesia generale (del CR 221/99) . Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	13.71	INTERVENTO DI CATARATTA con impianto di lente intraoculare comprensiva delle seguenti prestazioni: visita specialistica pre intervento, visita anestesiologica, esami diagnostici oculistici necessari all'esecuzione della prestazione, visita specialistica post intervento	900,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui al codice13.1
RI	P	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	615,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	13.72.1	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A FISSAZIONE SCLERALE	730,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99) . Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
		14	**INTERVENTI SULLA RETINA, SULLA COROIDE, SUL CORPO VITREO E SULLA CAMERA POSTERIORE**				
		14.2	**TRATTAMENTO DI LESIONE RETINICA E COROIDEALE incluso trattamento di corioretinopatia o lesione isolata corioretinica**				
	P	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	56,80			
I	P	14.24.1	FOTOCOAGULAZIONE PANRETINICA comprensiva dell'intero trattamento con minimo di tre sedute	225,00	GR 268/2002		
I	P	14.24.2	TERAPIA LASER E TTT DELLE PATOLOGIE VASCOLARI RETINICHE	110,00	GR 268/2002		
I	P	14.24.3	TERAPIA LASER E TTT DELLE PATOLOGIE TUMORALI RETINO-COROIDEALI	110,00	GR 268/2002		
RI	P	14.29.1	TERAPIA FOTODINAMICA LASER PER IL TRATTAMENTO DELLE MEMBRANE NEOVASCOLARI SOTTORETINICHE	1.400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita dalle strutture individuate con delibera di Giunta Regionale La tariffa è comprensiva del costo del farmaco
		14.3	**RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA incluso riparazione di difetto retinico**				
	P	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	56,80			
	P	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	56,80			
	P	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)	56,80			
	P	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	56,80			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
RI	P	14.4	RIPARAZIONE DI DISTACCO RETINICO MEDIANTE INDENTAZIONE SCLERALE CON O SENZA IMPIANTO	980,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99) . Deve essere garantita la presenza di un anestesista. La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:14.41,14.49
	P	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	27,25			
		15	**INTERVENTI SUI MUSCOLI EXTRAOCULARI**				
RI	P	15.0	PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU MUSCOLI E TENDINI EXTRAOCULARI	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:15.01,15.09
RI	P	15.1	INTERVENTI SU UN MUSCOLO EXTRAOCULARE CHE RICHIEDONO DISTACCO TEMPORANEO DEL BULBO	490,00	GR 268/2002		include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: 15.11,15.12,15.13,15.19
RI	P	15.2	ALTRI INTERVENTI SU UN MUSCOLO	340,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale. Deve essere garantita la presenza di un anestesista (del CR 221/99). La prestazione include le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM:15.21,15.22,15.29
RI	P	15.3	INTERVENTI SU DUE O PIÙ MUSCOLI EXTRAOCULARI CHE RICHIEDONO DISTACCO TEMPORANEO DAL BULBO, UNO O ENTRAMBI GLI OCCHI	510,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	15.4	ALTRI INTERVENTI SU DUE O PIÙ MUSCOLI EXTRAOCULARI, UNO O ENTRAMBI GLI OCCHI	540,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	15.5	TRASPOSIZIONE DI MUSCOLI EXTRAOCULARI	490,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	15.6	REVISIONE DI CHIRURGIA SU MUSCOLO EXTRAOCULARE	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	15.7	RIPARAZIONE DI LESIONI DEL MUSCOLO EXTRAOCULARE	440,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
RI	P	15.9	ALTRI INTERVENTI SU MUSCOLI E TENDINI EXTRAOCULARI	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99) . Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
		16	**INTERVENTI SULL' ORBITA E SUL GLOBO OCULARE**				
	P	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	45,45			
H	P	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione otticociliare	36,15			La tariffa della prestazione è comprensiva del costo del farmaco
		18	**4. INTERVENTI SULL'ORECCHIO (18-20)** **INTERVENTI SULL'ORECCHIO ESTERNO** Incluso: Interventi su canale uditivo esterno, cute e cartilagine del padiglione auricolare e del meato				

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	U	18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	11,35			
	U	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	12,80			
I*	D	18.21	ASPORTAZIONE DI SENO PREAURICOLARE	215,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata in caso trattasi di malformazione congenita od acquisita quale esito di patologia	
I	D	18.31	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	230,00	GR 268/2002		
	U	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO 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)	14,20			
		20	**ALTRI INTERVENTI SULL'ORECCHIO MEDIO E SULL'ORECCHIO INTERNO**				
	U	20.0	MIRINGOTOMIA	19,90			
	U	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54,25			
	U	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	21,70			
	U	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE SOAE, TEOAE, DPOAE	9,05			
	U	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	12,65			
			5. INTERVENTI SU NASO, BOCCA E FARINGE (21-29)				
		21	**INTERVENTI SUL NASO** Incluso: Interventi su osso o cute del naso				
	U	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	12,65			
H	U	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	23,25			
	U	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) (Cura completa)	16,25			
	U	21.22	BIOPSIA DEL NASO	21,70			
	U	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	21,70			
	U	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO Incluso: Contenzione e sua rimozione	21,70			
I H*	D	21.88	SETTOPLASTICA	400,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata in caso di insufficiente flusso aereo narinale non associata a rinoplastica	
	U	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO Sinechia nasale	21,70			
		22	**INTERVENTI SUI SENI NASALI**				
	U	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO Drenaggio mascellare per via diameatica	21,70			
	Q	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE immediata o differita	64,15	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
		23	**ESTRAZIONE E RICOSTRUZIONE DI DENTI**				
	Q	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	21,40	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	Q	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	42,75	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
			Estrazione di altro dente NAS Incluso: odentoctomia revisione della cavità e sutura				
	Q	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA Incluso: odentoctomia revisione della cavità e sutura	42,75	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE O RADICE dente incluso o semincluso, lembo mucoperiosteo incluso:revisione della cavità e sutura	64,15	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
I	Q	23.20	INCAPPUCCIAMENTO DIRETTO DELLA POLPA E OTTURAZIONE PROVVISORIA	14,25	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE Fino a due superfici iIncluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	42,75	GR 508/97 CR163/2003		Qualora eseguita contestualmente viene tariffata in aggiunta anche la prestazione 23.20 che segue il regime previsto dal secondo livello. CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE A tre o più superfici incluso: otturazione carie, otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	64,15	GR 508/97 CR163/2003		Qualora eseguita contestualmente viene tariffata in aggiunta anche la prestazione 23.20 che segue il regime previsto dal secondo livello. CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
I	Q	23.20.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE O RADICE CON USO DI PERNI ENDOCANALARI	64,15	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO Ricostruzione di dente fratturato	199,55	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	149,65	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	149,65	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa compresa applicazione di eventuale provvisorio				La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana compresa applicazione di eventuale provvisorio	149,65	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea compresa applicazione di eventuale provvisorio	199,55	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana con perno moncone in lega aurea compresa applicazione di eventuale provvisorio	199,55	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO Trattamento per applicazione di elemento fuso in lega aurea, oro resina o oro porcellana e/o elemento di sovrastruttura per corona su impianti endoossei [per pilastro]	199,55	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale o scheletrata in resina [per arcata]	128,30	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale o scheletrata in resina [per arcata] Incluso: Eventuali attacchi di precisione	85,55	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	Q	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA Rimovibile (Per elemento)	16,25	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA Molaggio selettivo dei denti (Per seduta)	42,75	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	23.5	IMPIANTO DI DENTE Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi, compresa stabilizzazione	128,30	CR163/2003		la prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA Impianto dentale endoosseo	74,85	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO incluso:pulpotomia escluso: Otturazione	42,75	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO incluso: pulpotomia escluso: Otturazione	85,55	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	23.73	APICECTOMIA con otturazione retrograda	85,55	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		24	**ALTRI INTERVENTI SU DENTI, GENGIVE E ALVEOLI**				
	Q	24.00.1	GENGIVECTOMIA (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o peduncolato	42,75	GR 508/97 CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
I	Q	24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE (trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto compreso pulpotomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a frattura)	21,40	CR163/2003		ai fini tariffari, qualora eseguite, devono essere aggiunte le prestazioni: 23.20 - 27.51 - 27.52 .La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE] Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante)	99,80	GR 508/97 CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	Q	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	64,15	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante)	42,75	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO (Per emiarcata)	42,75	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA Asportazione di lesione odontogenica	64,15	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
*	Q	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI per anno. (I dispositivi medici sono a completo carico degli utenti a tariffe concordate non superiori a 200 euro l'anno di terapia)	500,00 (1°a.) 500,00 (2°a.) 250,00 (3°a.) 150,00 (4°a.)	GR 508/97 CR163/2003	erogate a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche anomalie non basali con significativa compromissione funzionale; anomalie non basali senza significativa compromissione funzionale.	CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa.'La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito.
*	Q	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI per anno la tariffa è comprensiva dei dispositivi medici utilizzati per la terapia	800,00 (1°a.) 800,00 (2°a.) 500,00 (3°a.) 240,00 (4°a.)	GR 508/97 CR163/2003	erogate a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche: anomalie non basali con significativa compropmissione funzionale; anomalie non basali senza significativa compromissione funzionale.	CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa.
*	Q	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI incluso: Trattamento con placca di svincolo una o due arcate (per anno)	500,00 (1°a.) 500,00 (2°a.) 250,00 (3°a.) 150,00 (4°a.)	GR 508/97 CR163/2003	erogata a soggetti < 14 anni per ortodonzia intercettiva nei casi di anomalie basali (sagittali-verticali-orizzontali)	La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.la tariffa della prestazione è di 500 euro per i primi due anni, si prevede un abbattimento del 50% per il terzo anno di terapia e un abbattimento del 70% per il quarto anno di terapia. Il costo del dispositivo medico a completo carico dell'utente non può essere superiore a 200 euro l'anno di terapia. L'accordo con i soggetti privati che collaborano con il progetto prevede la erogazione della medesima prestazione a 700 euro comprensive del dispositivo medico, si applica anche in questo caso l'abbattimento previsto come sopra.
I	Q	24.70.4	RIABILITAZIONE GNATOLOGICHE E POSTURALI per anno (la tariffa non è comprensiva dei dispositivi medico individuali)	500,00	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
*	Q	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	21,40	GR 508/97 CR163/2003	erogata a soggetti che hanno usufruito della prestazione 24.70.3 - 24.70.1 - 24.70.2	CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa.
		25	**INTERVENTI SULLA LINGUA**				
	Q	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	28,50	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	57,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		26	**INTERVENTI SULLE GHIANDOLE E SUI DOTTI SALIVARI**				
	Q	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI Asportazione di calcoli del dotto salivare	57,00	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	21,40	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
		27	**ALTRI INTERVENTI SULLA BOCCA E SULLA FACCIA** Incluso: Interventi su labbra, palato, tessuti molli di faccia e bocca eccetto lingua e gengiva				
			Escluso: Interventi su gengiva (24.0-24.7), lingua (25.01-25.92)				
	Q	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	64,15	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA Asportazione neoformazioni del cavo orale	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO solo associata alla prestazione 24.19.1	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA solo associata alla prestazione 24.19.1	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	U	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	9,75			
	Q	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	42,75	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
		28	**INTERVENTI SULLE TONSILLE E SULLE ADENOIDI**				
	U	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	19,50	GR 508/97		
		29	**INTERVENTI SULLA FARINGE**				
	U	29.12	BIOPSIA FARINGEA	19,50			
			6. INTERVENTI SUL SISTEMA RESPIRATORIO (31-34)				
		31	**INTERVENTI SULLA LARINGE E SULLA TRACHEA**				
	U	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA Laringoscopia a fibre ottiche	27,10			
	U	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRETTA Incluso: Anestesia	6,95			
	U	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	20,90			
	U	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	24,45			
	U	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	12,90			
	U	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO	22,65			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		33	**ALTRI INTERVENTI SUL POLMONE E SUI BRONCHI**				
H	V	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	82,65			
H	V	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con: biopsia esfoliativa del polmone brushing o washing per prelievo di campione biopsia asportativa Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa	129,10			
		34	**INTERVENTI SULLA PARETE TORACICA, SULLA PLEURA, SUL MEDIASTINO E SUL DIAFRAMMA**				
H	C	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA GUIDATA CON IMMAGINI Biopsia con ago sottile	129,10	GR 207/99		
H	C	34.91	TORACENTESI	92,95			
H	CH	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	165,25			
H	R	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	61,95			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
			7. INTERVENTI SUL SISTEMA CARDIOVASCOLARE (38-39)				
		38	**INCISIONE, ASPORTAZIONE ED OCCLUSIONE DI VASI**				
	BE	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30			
	BE	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30			
H	E	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE Stripping delle collaterali	209,15			
I	E	38.89	DECONNESSIONE DEGLI SBOCCHI SAFENO-FEMORALE E SAFENO-POPLITEO	360,00	GR 268/2002		
I H	Z	38.93	CATETERISMO VENOSO PER NUTRIZIONE PARENTERALE	258,25			
I	Z	38.94	INSERZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE	258,25	GR 207/99		
H	M	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio	258,25			
H	ER	38.98	PUNTURA DI ARTERIA Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	31,00			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
	H	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	25,80			
	H	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	41,30			
		39	**ALTRI INTERVENTI SUI VASI** Escluso: Interventi sui vasi coronarici				
	BE	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA (ECOGUIDATA) DI SOSTANZE SCLEROSANTI Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	8,75	GR 268/2002		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
H	M	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	185,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
	M	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	155,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
	M	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	125,00	GR 1216/2004		
H	M	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	208,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
H	M	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata	255,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
	M	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata	225,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
H	M	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili	275,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
H	M	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	275,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
H	M	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	225,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
	M	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	17,45			
			8. INTERVENTI SUL SISTEMA EMATICO E LINFATICO (40-41)				
		40	**INTERVENTI SUL SISTEMA LINFATICO**				
	C	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	41,85			
	CH	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	59,30			
	CH	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	104,60			
		41	**INTERVENTI SUL MIDOLLO OSSEO E SULLA MILZA**				
	C	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	34,85			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			9. INTERVENTI SULL' APPARATO DIGERENTE (42-54)				
		42	**INTERVENTI SULL' ESOFAGO**				
	J	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	13,95			
	J	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	81,60			
H	J	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma	96,60	GR 268/2002		
		43	**INCISIONE ED ASPORTAZIONE DELLO STOMACO**				
A	J	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO, DELL'ESOFAGO E DEL DUODENO PER VIA ENDOSCOPICA Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (45.16), Controllo di emorragia	48,80	GR 268/2002		Accorpa la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 42.33.1
	J	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA Mediante laser Escluso: Biopsia dello stomaco (45.16), Controllo di emorragia	77,45			
		44	**ALTRI INTERVENTI SULLO STOMACO**				
	J	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco,radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	87,80			
	J	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	13,95			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		45	**INCISIONE, ASPORTAZIONE E ANASTOMOSI DELL'INTESTINO**				
	J	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.16)	56,80			
A	J	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno con o senza test all'ureasi	71,00	GR 268/2002		La prestazione accorpa le prestazioni di cui all'ICD-IX-CM 42.24;44.14; 45.14
	J	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE DESTRA O PANCOLONSCOPIA Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	61,95	GR 268/2002		
	J	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	103,30			
I	J	45.23.2	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	170,00	GR 268/2002		
I	J	45.23.3	'COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE	155,00	GR 268/2002		
	J	45.24	SIGMOIDOSCOPIA (COLONSCOPIA SINISTRA) CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	37,20	GR 268/2002		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
I	J	45.24.1	SIGMOIDOSCOPIA (COLONSCOPIA SINISTRA) CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA	120,00	GR 268/2002		
	J	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	87,30			
I	J	45.25.1	'COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON BIOPSIA	175,00	GR 268/2002		
	J	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	74,90			
	J	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	41,85			
	J	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	27,90			
	J	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	167,35			
	J	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO E RETTO Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	96,85	GR 268/2002		include la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 48.36
I	J	45.42.1	'COLONSCOPIA IN SEDAZIONE COSCIENTE CON POLIPECTOMIA	210,00	GR 268/2002		
	J	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA Mediante laser o Argon Plasma Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)	103,30	GR 268/2002		
		46	**ALTRI INTERVENTI SULL'INTESTINO**				
I	J	46.85	DILATAZIONE INTESTINO PER VIA ENDOSCOPICA sonde palloni	125,00	GR 268/2002		
		48	**INTERVENTI SUL RETTO, SUL RETTOSIGMOIDE E SUI TESSUTI PERIRETTALI**				
	J	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	25,05			
	J	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia	41,85			
	J	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE (BIOFEED BACK ANORETTALE)	58,35	GR 268/2002		
H	CJ	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	34,85			
		49	**INTERVENTI SULL'ANO**				
	C	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	34,85			
	C	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)	34,85			
	C	49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	34,85			
	J	49.21	ANOSCOPIA	22,70			
	C	49.23	BIOPSIA DELL' ANO	23,75			
	C	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO Escissione di papilla anale ipertrofica	41,85			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	C	49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO Asportazione o demolizione di ragadi anali Escluso: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31)	41,85			
	C	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	16,55			
	C	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	41,85			
	C	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI Emorroidectomia NAS	41,85			
	C	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	41,85			
	C	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE Divisione di sfintere NAS (interna)	41,85			
		50	**INTERVENTI SUL FEGATO**				
H	CJ	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato	77,45	GR 268/2002		
H	CH	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO GUIDATA CON IMMAGINI	154,95	GR 207/99		
H	CHJ	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea Eco-guidata Escluso: Biopsia percutanea (50.11)	154,95	GR 268/2002		
		51	**INTERVENTI SULLA COLECISTI E SULLE VIE BILIARI**				
H	CHJ	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	87,80			
		54	**ALTRI INTERVENTI SULLA REGIONE ADDOMINALE** Escluso: Cavità pelvica femminile, pelle e tessuto sottocutaneo della parete addominale (86.01-86.84)				
RI	T	54.21	LAPAROSCOPIA DIAGNOSTICA	800,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale (del CR 221/99).
	C	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	20,90			
H	C	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE incluso: biopsia renale, biopsia pancreatica Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	61,95	GR 207/99		
H	CH	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	87,80			
	C	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	34,85			
H	CH	54.91.1	DRENAGGIO GUIDATO CON IMMAGINI PERCUTANEO ADDOMINALE Drenaggio delle regioni superficiali	103,30	GR 207/99		
	M	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi	104,60			
H	R	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	61,95			La tariffa della prestazione è comprensiva del farmaco somministrato
	M	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	58,00	GR 508/97-GR1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	M	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	49,00	GR 1216/2004		La tariffa si riferisce alla prestazione completa ed include: farmaci (compreso eritropoietina) - stesura piano di trattamento di routine - indagini di laboratorio compreso prelievi - attività manuali connesse al trattamento;
			10. INTERVENTI SULL'APPARATO URINARIO (55-59)				
		55	**INTERVENTI SUL RENE**				
H	Y	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE Puntura di cisti renale	61,95			
		56	**INTERVENTI SULL' URETERE**				
H	Y	56.31	URETEROSCOPIA Con strumento flessibile	72,70			
		57	**INTERVENTI SULLA VESCICA**				
	Y	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	27,25			
	Y	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] Escluso: Cistoureteroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata	45,45			
	Y	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	56,80			
	Y	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	56,80			
	Y	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	56,80			
	Y	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	56,80			
	Y	57.94	CATETERISMO VESCICALE	9,10			
		58	**INTERVENTI SULL' URETRA**				
	Y	58.22	URETROSCOPIA	27,25			
	Y	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	38,65			
	Y	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA Asportazione di caruncola uretrale	38,65			
H	Y	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	87,80			
H	Y	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	38,65			
	Y	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (seduta unica)	34,10	GR 508/97		
	Y	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE (Per seduta)	10,25	GR 508/97		
	Y	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	38,65	GR 508/97		
		59	**ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO URINARIO**				
	Y	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovescicale Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	22,70			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			11. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI MASCHILI (60-64)				
		60	INTERVENTI SULLA PROSTATA E SULLE VESCICOLE SEMINALI Incluso: Interventi sugli organi periprostatici Escluso: Interventi associati a cistectomia radicale				
	Y	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico	27,25			
	Y	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Approccio transperineale o transrettale	27,25			
	HY	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata	48,30			
H	Y	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI incluso eventuale guida ecografica	61,95	GR 207/99		
	Y	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	27,25			
		61	**INTERVENTI SULLO SCROTO E SULLA TUNICA VAGINALE**				
	Y	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	17,35			
	Y	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE Aspirazione percutanea della tunica vaginale	17,35			
		62	**INTERVENTI SUI TESTICOLI**				
	Y	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	27,25			
		63	**INTERVENTI SUL CORDONE SPERMATICO, EPIDIDIMO E SUI DOTTI DEFERENTI**				
	Y	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO Manuale Escluso: quella associata ad orchidopessi	14,85			
H	Y	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	87,80			
		64	**INTERVENTI SUL PENE** Incluso: Interventi su glande e prepuzio				
I	Y	64.0	CIRCONCISIONE	280,00	GR 268/2002		
	Y	64.11	BIOPSIA DEL PENE	19,85			
	Y	64.19.1	BALANOSCOPIA	6,20			
	F	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	7,75			
	F	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	29,75			
	Y	64.92.1	FRENULOTOMIA	18,60			
	Y	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	19,85			
			12. INTERVENTI SUGLI ORGANI GENITALI FEMMINILI (65-71)				
		65	**INTERVENTI SULL' OVAIO**				
H	T	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	42,15			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		66	**INTERVENTI SULLE TUBE DI FALLOPIO**				
	T	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche e quella per isterosalpingografia (87.83)	21,70			
		67	**INTERVENTI SULLA CERVICE UTERINA**				
	T	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] Escluso: Conizzazione della cervice	24,80			
	T	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	27,25	GR 933/97		
	T	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio	37,20			
	T	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	37,20			
		68	**INTERVENTI SUL CORPO UTERINO**				
	T	68.12.1	ISTEROSCOPIA Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	21,70			
	T	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	29,75			
RI	T	68.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO Escluso le procedure di cui al codice 68.29.1	500,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale (del CR 221/99);la prestazione individua le procedure di cui ai codici dell'ICD-IX-CM: 68.21; 68.22; 68.23; 68.29
	T	68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia per via vaginale mediante torsione Escluso: Miomectomia con parcellizzazione	46,50			
		69	**ALTRI INTERVENTI SULL' UTERO E SULLE STRUTTURE DI SOSTEGNO**				
RI	T	69.09	ALTRA DILATAZIONE O RASCHIAMENTO DELL'UTERO	400,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale in anestesia generale (del CR 221/99).
	T	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	12,90			
HR*	T	69.92	INSEMINAZIONE INTRAUTERINA Incluso: Capacitazione di materiale seminale(69.92.1) e Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	475,15	GR 1285/2000	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 41 anni (si intende 41 anni 11 mesi e 29 giorni)	La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a tre volte (4 cicli). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
H	T	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	12,90			
I	T	69.92.2	MONITORAGGIO DELLA OVULAZIONE	384,75	GR 1285/2000		La tariffa è comprensiva delle prestazioni cod. 88.78.1 (una media di 7 ecografie); cod. 90.19.2 e cod. 90.27.5.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
IHR*	T	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO CON O SENZA INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	1.825,70	GR 1285/2000	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 41 anni (si intende 41 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopicaLa tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale. In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
IHR*	T	69.92.4	FECONDAZIONE IN VITRO CON INSEMINAZIONE INTRACITOPLASMATICA E PRELIEVOP MICROCHIRURGICO DEGLI SPERMATOZOI Incluso: Monitoraggio della ovulazione (69.92.2)	2.548,70	GR 1285/2000	La prestazione è erogabile solo se la partner femminile ha una età minore od uguale a 41 anni (si intende 41 anni 11 mesi e 29 giorni)	La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata per via laparoscopica. La tariffa è comprensiva di tutte le prestazioni connesse alla attività, ivi comprese specifiche prestazioni già individuate dal nomenclatore regionale.In caso di insuccesso la ripetibilità della prestazione è fino a due volte (3 cicli). La lettera R indica che la prestazione è erogabile solo in ambulatori dotati dei requisiti di cui alla delibera CR 242/2000
		70	**INTERVENTI SULLA VAGINA E SUL FORNICE POSTERIORE**				
	T	70.11.1	IMENOTOMIA Per ematocolpo	24,80			
	T	70.21	COLPOSCOPIA	10,75	GR 933/97		
	T	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI Con eventuale puntura esplorativa	19,85			
	T	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	24,80			
	FT	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	29,75			
		71	**INTERVENTI SULLA VULVA E SUL PERINEO**				
	T	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	19,85			
	T	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	24,80			
	FT	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	19,85	GR 508/97		
	FT	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE Laserterapia per fatti distrofici	29,75	GR 508/97		
			13. INTERVENTI OSTETRICI (75)				
		75	**ALTRI INTERVENTI OSTETRICI**				
H	T	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	87,80	GR 508/97		
*	T	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE	77,45	GR 508/97 GR 569/01	la prestazione è erogata nei casi di: a)malformazioni fetali in senso stretto, ecograficamente diagnosticate;b) riarrangiamento strutturale del corredo cromosomico a rischio di sbilanciamento nella progenie; c)aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei genitori compatibili con la fertilità;d) precedente figlio con cromosomopatia. Precedente interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, o parto, nei quali vi sia un sospetto fondato di patologie genetiche (ad es. malformazioni multiple), ma per il quale non sia stato effettuato il cariotipo. Non costiutisce indicazione all'amniocentesi una precedente perdita fetale o parto di neonato affetto da malformazioni sicuramente non causate da patologie genetiche diagnosticabili;e) aumentato rischio di patologie mendeliane diagnosticabili; f) età materna alla data presunta del parto $\geq$35 anni; g) rischio di trisonomia 21 o di trisonomia 18, stimato al triplo test$\geq$1:300 al parto (equivalente a > 1:250 al secondo trimestre);h) indicazioni particolari valutate da specialisti del settore (ginecologi o genetisti)	

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
*	T	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA	61,95	GR 508/97 GR 569/01	la prestazione è erogata nei casi di: a)malformazioni fetali in senso stretto, ecograficamente diagnosticate;b) riarrangiamento strutturale del corredo cromosomico a rischio di sbilanciamento nella progenie; c)aneuploidie dei cromosomi sessuali di uno dei genitori compatibili con la fertilità;d) precedente figlio con cromosomopatia. Precedente interruzione volontaria di gravidanza, aborto spontaneo, o parto, nei quali vi sia un sospetto fondato di patologie genetiche (ad es. malformazioni multiple), ma per il quale non sia stato effettuato il cariotipo. Non costiutisce indicazione all'amniocentesi una precedente perdita fetale o parto di neonato affetto da malformazioni sicuramente non causate da patologie genetiche diagnosticabili;e) aumentato rischio di patologie mendeliane diagnosticabili; f) età materna alla data presunta del parto ≥35 anni; g) rischio di trisonomia 21 o di trisonomia 18, stimato al triplo test ≥1:300 al parto (equivalente a > 1:250 al secondo trimestre);h) indicazioni particolari valutate da specialisti del settore (ginecologi o genetisti)	
H	T	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	87,80			
	T	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT	16,40			
H	T	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico	31,00			
			14. INTERVENTI SULL'APPARATO MUSCOLOSCHELETRICO (76-83)				
		76	**INTERVENTI SULLE OSSA E SULLE ARTICOLAZIONI DELLA FACCIA** Escluso: Seni accessori, ossa nasali (21.01-21.91), cranio				
	Q	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	64,15	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
H	Q	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	85,55	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	Q	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	64,15	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
I*	D	76.92.1	INSERZIONE DI PROTESI MENTONIERA	310,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata in caso trattasi di esito di trauma o di patologia	
	S	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,90			
	S	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,90			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		77	**INCISIONE, ASPORTAZIONE E SEZIONE DI ALTRE OSSA** ossa pelviche, Falangi (piede e mano) vertebre				
IR	S	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO INCLUDE cod. 77.57 (RIPARAZIONE DITO AD ARTIGLIO)	320,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		78	**ALTRI INTERVENTI SULLE OSSA AD ECCEZIONE DI QUELLE FACCIALI**				
	S	78.7	OSTEOCLASIA Manuale o strumentale	19,50			
		79	**RIDUZIONE DI FRATTURA E DI LUSSAZIONE** Incluso: Applicazione di gesso o ferula, riduzione con inserzione di mezzi di trazione (filo di Kirschner) (chiodo di Steinmann) Escluso: Fissazione esterna solo per immobilizzazione di frattura (93.51-93.56,93.59), Fissazione interna senza riduzione di frattura, Interventi su: ossa facciali, ossa nasali (21.71), orbita, cranio, vertebre Trazione per riduzione di frattura				
H	S	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA in sede non specificata	51,65			
H	S	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	51,65			
H	S	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA Braccio NAS	51,65			
H	S	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA Mano NAS	51,65			
H	S	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	41,30			
H	S	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA Piede NAS	51,65			
H	S	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	51,65			
H	S	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	36,15			
H	S	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	36,15			
H	S	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	36,15			
H	S	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	36,15			
H	S	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	36,15			
		80	**INCISIONE ED ASPORTAZIONE DI STRUTTURE ARTICOLARI** Escluso: Cartilagine di orecchio, naso (21.00-21.99), Articolazione temporomandibolare				
	S	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA Biopsia aspirativa	41,85			
		81	**INTERVENTI DI RIPARAZIONE E PLASTICA SULLE STRUTTURE ARTICOLARI**				
	S	81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	27,90			
	RS	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute)	27,90	GR 802/99		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		82	**INTERVENTI SUI MUSCOLI, SUI TENDINI E SULLE FASCE DELLA MANO**				
IR	S	82.91	LISI DI ADERENZE DELLA MANO LIBERAZIONE DI ADERENZE DI FASCIA, MUSCOLO, TENDINE DELLA MANO (TENOLISI DITO A SCATTO)	290,00	GR 268/2002		la lettera R indica che la prestazione può essere eseguita da strutture autorizzate ad effettuare interventi di chirurgia ambulatoriale senza anestesia generale (del CR 221/99). Deve essere garantita la presenza di un anestesista.
		83	**INTERVENTI SUI MUSCOLI, SUI TENDINI, SULLE FASCE E SULLE BORSE AD ECCEZIONE DELLA MANO**				
	S	83.02	MIOTOMIA Escluso: Miotomia cricofaringea	19,50			
	S	83.03	BORSOTOMIA Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	27,90			
	C	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)	33,45			
	C	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	33,45			
	CH	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	47,40			
	C	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	33,45			
	C	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari (99.25-99.29.9)	6,95			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		85	***15. INTERVENTI SUI TEGUMENTI (85-86)*** **INTERVENTI SULLA MAMMELLA** Incluso: Interventi sulla cute e sul tessuto sottocutaneo di mammella femminile o maschile, sito di precedente mastectomia femminile o maschile, revisione di precedente mastectomia				
	C	85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	29,75			
	C	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	24,80			
	CH	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	37,20			
	C	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS Incisione di ascesso mammario	29,75			
	C	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	29,75			
	CH	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Eco-guidata	37,20			
IH*	D	85.53	IMPIANTO DI PROTESI MAMMARIA MONOLATERALE	1.050,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata quando trattasi di ricostruzione post mastectomia o per grave asimmetria da malformazione	
IH*	D	85.94	RIMOZIONE DI PROTESI MAMMARIA	400,00	GR 268/2002	la prestazione è indicata quando trattasi di patologia dei processi di guarigione	

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		86	**INTERVENTI SULLA CUTE E SUL TESSUTO SOTTOCUTANEO** Incluso: Interventi su follicoli piliferi, perineo maschile, unghie, ghiandole sebacee, cuscinetti di grasso, ghiandole sudoripare, fosse superficiali Escluso: quelli sulla cute di: palpebra (08.01-08.92), sopracciglia (08.01-08.92), orecchio (18.02-18.29), naso (21.01-21.91), labbra (27.21-27.91), ano (49.01-49.59), scroto (61.0-61.91), pene (64.0-64.93), vulva e perineo femminile (71), mammella (sede di mastectomia) (85.0-85.21.1)				
	C	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	7,75			
	C	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	15,50			
	D	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	9,05			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	C	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE Escluso: Marsupializzazione	26,35			
	C	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)	37,20			
	C	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20-98.29)	37,20			
	CF	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	13,95			
		86.19	**ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SU CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO**				
	F	86.19.1	ELASTOMETRIA	4,30			
	F	86.19.2	SEBOMETRIA	4,30			
	F	86.19.3	CORNEOMETRIA	5,75			
	F	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	7,20			
	CD	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia (matrice ungueale) (plica) (86.27), Sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)	17,05			
	C	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	25,55			
	DF	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE peeling chimico della cute	7,20			
	F	86.25	DERMOABRASIONE mezzo meccanico (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	17,05			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	C	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	17,05			
	C	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)	8,40			
	F	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI CUTANEE MEDIANTE CRIOTERAPIA Crioterapia con azoto liquido o protossido di azoto Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	12,80	GR 508/97 GR 933/97 GR 153/98		
	F	86.30.2	CRIOTERAPIA MEDICA (NEVE CARBONICA) Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	5,15	GR 508/97 GR 153/98		
	F	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONI CUTANEE MEDIANTE ELETTROCOAGULAZIONE Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	36,15	GR 508/97 GR 153/98		
I	F	86.30.4	ASPORTAZIONE O DISTRUZIONE NEOFORMAZIONI CUTANEE MEDIANTE LASER Per seduta, ciclo fino ad un massimo di sei sedute	41,30	GR 153/98 GR 207/99		
	D	86.4	ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI LESIONE DELLA CUTE Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti incluso: asportazione di cisti o seno pilonidale	28,40	GR 207/99		
	D	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	28,40			
	D	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	8,40			
	D	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	11,35			
	D	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	206,60	GR 268/2002		
	D	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	258,25	GR 268/2002		
	D	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	206,60	GR 268/2002		
	D	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo	309,85	GR 268/2002		
	D	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	309,85	GR 268/2002		
	D	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	309,85	GR 268/2002		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	H	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	67,15			
	H	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Bilaterale Incluso: esame diretto	84,70			
	H	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola	15,00			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto	53,20			
	H	87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)	26,85			
	H	87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)	44,40			
	H	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni	25,80			
	H	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA (2 proiezioni)	18,10			
	H	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)	17,30			
	H	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE rachide cervicale, prove dinamiche (2 proiezioni)	21,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) rachide dorsale, prove dinamiche (due proiezioni)	21,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (2 proiezioni) [rachide lombosacrale, sacrococcigeo] prove dinamiche	21,70			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico (ortopanoramica)	51,65			
	H	87.35	GALATTOGRAFIA	68,15			
	H	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	34,85			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	H	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	23,00			
	H	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	32,00			
	H	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA (Minimo 2 radiogrammi)	54,25			
	H	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] incluso: TC cuore	139,45			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] incluso: TC cuore	206,60			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare	56,80			
	H	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE Tomografia monolaterale polmonare	41,30			
	H	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	41,30			
	H	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	25,80			Da intendersi esame panoramico dello scheletro toracico escluso colonna
	H	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola	20,65			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] escluso: torace con metodologia ILO (2 proiezioni)	21,70			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (3 proiezioni)	36,15			
	H	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1	15,00			
	H	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	68,70			
H	H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto	44,40			
	H	87.59.1	COLECISTOGRAFIA Incluso: esame diretto e prova di Bronner	51,65			
	H	87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 radiogrammi) Incluso: Radiografia dell' esofago (transito esofageo)	92,95			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	H	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi)	61,95			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	37,45			
	H	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	47,25			
	H	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO Stomaco e duodeno, duodenografia ipotonica incluso: eventuale ipotonia farmacologica	59,40			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	45,45			
	H	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)	29,95			
	H	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	51,65			
	H	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	100,70			
	H	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO incluso: eventuale ipotonia farmacologica	141,00			
H	H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO Wirsungrafia	59,65			
	H	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale	63,25			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia (senza mezzo di contrasto) Incluso: esame diretto	36,15			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropielotomografia e cistografia	144,60			
H	H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	68,70			
H	H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,95			
	H	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	43,40			
	H	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi)	72,30			
	H	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	66,10			
	H	87.77	CISTOGRAFIA escluso: prestazione effettuata come parte di Urografia endovenosa (87.73) (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	56,80			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	H	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	68,70			
	H	87.79.1	URETROGRAFIA (3 radiogrammi)	54,25			
	H	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto, per via ecografica	113,60	GR 268/2002		
	H	87.89.1	COLPOGRAFIA (4 radiogrammi)	55,80			
	H	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	72,30			
	H	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	73,85			
		88	**ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE E RELATIVE TECNICHE**				
A	H	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, stomaco, duodeno, grandi vasi addominali, reni e surreni]	139,45			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC fegato, TC pancreas...)
A	H	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, stomaco, duodeno, grandi vasi addominali, reni e surreni]	206,60			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC fegato, TC pancreas...)
	H	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE [Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata]	139,45			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dallle creste iliache al perineo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC utero) o la dizione scavo pelvico
	H	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO [Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata]	206,60			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Studio condotto dallle creste iliache al perineo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.TC utero) o la dizione scavo pelvico
	H	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO [Addome superiore ed inferiore, retroperitoneo]	185,90			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO [Addome superiore ed inferiore, retroperitoneo]	253,05			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME (4 radiogrammi)	54,25			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	H	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	126,00			
	H	88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME [Addome, apparato urinario a vuoto] (2 proiezioni)	20,65			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	21,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	20,65			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	18,10			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.25	PELVIMETRIA	17,55			
	H	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	20,65			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	21,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno,avanpiede], dito del piede	18,10			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO (ortopanoramica)	51,65			
	H	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	26,35			
	H	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	90,40			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	22,45			
	H	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	82,10			
	H	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	12,15			
	H	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	33,55			
	H	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE incluso: FISTOLOGRAFIA NAS (Minimo 2 radiogrammi)	54,25	GR 207/99		
	H	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE (Minimo 2 radiogrammi)	54,25			
	H	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici	139,45			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3				
	H	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	206,60			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE TC di: spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano	139,45			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano	206,60			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache	139,45			
	H	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede	139,45			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede	206,60			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio incluso: Artro disco TC	216,90			
	H	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)	15,50			
I	HQ	88.39.5	PROIEZIONE SPECIALE AGGIUNTIVA RADIOGRAFICA	7,75			La prestazione è riconosciuta solo se espressamente richiesta nella prescrizione
H	H	88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico, vasi aortici e distretti sovraortici	283,30	GR 207/99		
H	H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE E DEI DISTRETTI INFERIORI Angiografia digitale dell' aorta addominale	283,30	GR 207/99		
H	H	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	283,30			
H	H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE Cervicale, dorsale, lombare	227,25			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
H	H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	98,15			
H	H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	206,60			
H	H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	206,60			
H	H	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE Monolaterale	206,60			
H	H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	206,60			
H	H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE, SURRENALE, SOVRAEPATICA	206,60	GR 207/99		
H	H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA	211,75			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			Bilaterale				
H	H	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale	206,60			
H	H	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale	232,40			
	H O	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA Ecografia tranfontanellare	31,25			
	BEO	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	51,65			
	BEO	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	61,95			
	GHI	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO [ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi]	56,80			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Collo: comprende lo studio delle ghiandole salivari maggiori, della tiroide, della paratiroide, delle strutture muscolari del collo e delle stazioni linfoghiandolari laterocervicali e sovraclaveari e dei rapporti di tali organi con i grandi vasi del collo con la trachea e con l'esofago. Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più degli organi sovraelencati.
	BH	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	41,30			
	B	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	51,65			
	B	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	77,45			
	B	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	87,80			
	BT	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	41,30			
	H	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	36,15			
	H	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	21,15			
	H	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	36,15			
	H	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	36,15			
	BE	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	74,90			
I*	H	88.73.6	BIOPSIA DELLA MAMMELLA STEREOTASSICA CON RETROASPIRAZIONE	510,00	GR 268/2002	la prestazione viene eseguita in caso di lesioni non palpabili: studiate con esame citologico risultato non conclusivo; studiate con esame citologico risultato dubbio; studiate con esame citologico risultato negativo, ma con quadro mammografico sospetto; caratterizzate da microcalcificazioni di significato incerto; caratterizzate da opacità di diametro inferiore a 1 cm., anche in considerazione della necessità di valutare la possibilità di studiare il coinvolgimento dei linfonodi ascellari tramite lo studio del linfonodo sentinella; nelle quali sia necessaria una caratterizzazione preoperatoria non possibile su prelievo istologico;	
I	H	88.73.7	MICROBIOPSIA MAMMARIA CON TECNICA STEREOTASSICA	100,00	GR 268/2002		
A	HJ	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE [Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, aorta addominale, grossi vasi addominali, linfonodi paravasali] Incluso: reni ed eventuale integrazione (color)doppler escluso :Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	72,30			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Addome superiore: comprende esame del fegato, vie biliari, colecisti, coledoco, v. porta, pancreas, milza, reni, surreni e grandi vasi a sede o sviluppo sovraombelicale, nonché di eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale ivi presenti, da effettuare anche in presenza di prescrizione limitata allo studio

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
							di uno o più dei singoli organi sopra riportati. E' esclusa la prescrizione di "Ecotomografia dei reni" riconducibile all'Ecografia dell'addome inferiore (88.75.1)
A	H	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE [Reni, ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile, apparato genito urinario] Incluso: eventuale integrazione (color)doppler Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	56,80			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Addome inferiore:comprende lo studio dei reni, della vescica, degli organi genitali interni e dei grandi vasi della porzione sottoombelicale dell'addome nonché di eventuali masse patologiche di origine peritoneale o retroperitoneale ivi presenti, da effettuare anche in presenza di prescrizione limitata allo studio di uno o più dei singoli organi sopra riportati
A	HJ	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO Incluso: eventuale integrazione (color)doppler	82,65			Addome completo: comprende lo studio degli organi contenuti nell'addome e nel retroperitoneo, dal diaframma al pavimento pelvico e lo studio dei grandi vasi. Sono da considerare sinonimi le dizioni " Ecografia addome superiore ed inferiore", Ecografia addome superiore e scavo pelvico", "Ecografia del retroperitoneo", nonché le voci che indichino organi o apparati dell'addome superiore ed inferiore.
	BE	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	36,15			
	BE	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, FETOPLACENTARE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	72,30	GR 207/99		
	BE	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	31,00			
	T	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	36,15			
	HT	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA Per monitoraggio ovulazione	25,80			
	T	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	36,15	GR 933/97		
	H	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	36,15			
	HS	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca	36,15			
	HS	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	36,15			Comprende lo studio dei profili ossei della struttura locomotoria e capsulare dell'articolazione indicata nella descrizione.Lo studio ecografico delle articolazioni della mano va considerato come unico esame. Lo studio ecografico delle articolazioni del piede va considerata quale unico esame. E' da considerarsi sinonimo la dizione "Ecografia articolare".
	H	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	61,95			
	H	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	36,15			
	H	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	51,65			Comprende lo studio del sacco scrotale e del suo contenuto. Sono da considerarsi sinonimi "Ecografia dello scroto" e tutti gli altri termini indicanti lo studio di una delle componenti del contenuto scrotale.
	H	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	72,30			Comprende l'intero studio dell'addome inferiore, come sopra descritto (88.75.1) con l'aggiunta dello studio endovaginale dell'utero, con particolare riguardo alla rima endometriale, delle salpingi, delle ovaie, dei parametri e dello scavo di Douglas,

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			incluso: Ecografia addome inferiore				nonché della parete del retto e della vescica. Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più organi od apparati sopradescritti seguiti dalla dizione "con sonda endovaginale" nonché il termine "ecografia endovaginale".
	HYJ	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE incluso: Ecografia addome inferiore	72,30	GR 268/2002		Comprende l'intero studio dell'addome inferiore, come sopra descritto (88.75.1), con l'aggiunta di: nel maschio dello studio della prostata, delle vescichette seminali, della porzione posteriore della parete vescicale e della parete del retto; nella femmina dello studio dell'utero, delle salpingi, delle ovaie, dei parametri e dello scavo di Douglas, nonché della parete della vagina, del retto e della vescica. Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi sopra descritti seguiti dalla dizione "con sonda endorettale"
	H	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Scheletro in toto e colonna	25,30			
	H	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	25,30			
	H	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	25,30			
	H	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	15,00			
	H	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC E RM Ricostruzione tridimensionale in corso di indagine TC o RM	28,40			La ricostruzione tridimensionale può essere applicata a qualsiasi distretto purchè esplicitamente richiesta
	H	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	36,15			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
I	H	88.90.4	PRESTAZIONE DI RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) SPECIALE AGGIUNTIVA	232,40	GR 207/99		La prestazione viene codificata in presenza di più prestazioni effettuate contestualmente e corrispondenti a più segmenti, esclusivamente per prestazioni di RM eseguite con mezzo di contrasto.
	H	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO Rm encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale, studio funzionale Incluso: relativo distretto vascolare, Rm encefalo- fetale	232,40	GR 207/99		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ENCEFALO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Rm encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale,studio funzionale Incluso: relativo distretto vascolare, Rm encefalo- fetale	335,70	GR 207/99		Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE Rm sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazione temporomandibolare (per lato) Incluso: relativo distretto vascolare	232,40			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	335,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			Rm sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazione temporomandibolare (per lato) Incluso: relativo distretto vascolare				
	H	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	232,40			
	H	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	232,40			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra. RM collo: studio del distretto viscerale compreso tra la base cranica ed il giugulo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.: Rm faringe, Rm laringe ecc.)
	H	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	335,70			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra RM collo: studio del distretto viscerale compreso tra la base cranica ed il giugulo. Sono da considerarsi equivalenti tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli visceri e/o organi anatomicamente contenuti nel distretto stesso (es.: Rm faringe, Rm laringe ecc.)
	H	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	232,40			
	H	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	232,40			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago, polmoni, parete toracica] Incluso: relativo distretto vascolare	335,70			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra
	H	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	232,40	GR 508/97		
	H	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	232,40			
	H	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	335,70			
	H	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	335,70			
	H	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale	206,60			
	H	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Monolaterale	309,85			
	H	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	232,40			
	H	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Bilaterale	335,70			
	H	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale, sacrococcigeo	232,40			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale, sacrococcigeo	335,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA	232,40			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			RM di spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxo femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede Incluso: parti molli, distretto vascolare				
	H	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO RM di spalla, braccio, gomito, avambraccio, polso, mano, bacino, articolazione coxo femorale, coscia, ginocchio, gamba, caviglia, piede Incluso: parti molli, distretto vascolare	335,70			Ogni specificazione, non compresa nella parentesi quadra, corrisponde ad un esame distinto (virgole con significato disgiuntivo)
	H	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	232,40			
	H	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE [Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo] e relativo distretto vascolare	232,40			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome superiore: studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti gli studi ricguardanti uno o più organi del distretto stesso.
	H	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO [Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo] e relativo distretto vascolare	335,70			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome superiore: studio condotto dalla cupola diaframmatica ai poli renali inferiori. Sono da considerarsi equivalenti gli studi ricguardanti uno o più organi del distretto stesso.
	H	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	232,40			
	H	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO [Vescica, pelvi maschile o femminile, pene e scroto] (con bobina extracorporea) incluso: relativo distretto vascolare	232,40	GR 207/99		Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome inferiore: studio condotto dalle creste iliache al perineo. E' da considerarsi sinonimo la dizione Rm scavo pelvico. Sono da considerarsi equivalenti gli studi riguardanti uno o più organi del distretto stesso.
	H	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO [Vescica, pelvi maschile o femminile] (con bobina extracorporea) incluso: relativo distretto vascolare	335,70			Sono da considerarsi sinonimi tutti i termini indicanti lo studio di uno o più dei singoli organi riportati nella parentesi quadra Rm addome inferiore: studio condotto dalle creste iliache al perineo. E' da considerarsi sinonimo la dizione Rm scavo pelvico. Sono da considerarsi equivalenti gli studi riguardanti uno o più organi del distretto stesso.
	H	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	232,40			
I	H	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA	232,40			
I	H	88.97.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA, SENZA E CON CONTRASTO	335,70			
I	H	88.97.3	COLANGIOGRAFIA RM	232,40			
*	H	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia	21,15	GR 1238/2003	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 1238/2003)	
*	H	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale	31,50	GR 1238/2003	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 1238/2003)	
*	H	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body	43,40	GR 1238/2003	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 1238/2003)	
*	H	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC Lombare	76,95	GR 1238/2003	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 1238/2003)	

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
*	H	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	17,55	GR 1238/2003	confronta indicazioni clinico diagnostiche nella parte seconda (ex DGR 1238/2003)	
		89.0	**ANAMNESI, VALUTAZIONE, CONSULTO E VISITA** Escluso: Colloquio diagnostico psichiatrico (94.12- 94.19)				
	Z	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame del Neglect; esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	12,90			
	Z	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica	18,60			
	Z	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatrica d' equipe	41,30			
		89.1	**MISURE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE ED ESAMI MANUALI** Sistema nervoso e organi di senso Escluso: Esame dell'orecchio (95.41-95.48), esame dell' occhio (95.01-95.35),				
	P	89.11	TONOMETRIA	13,95	GR 268/2002		La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una “prestazione accessoria erogata all’interno della visita specialistica e all’interno dello stesso locale” . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell’impegnativa la cui necessita’ emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell’attivita’ ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e’ registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell’attivita’, della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	U	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE Rinomanometria	13,95			
	O	89.13	VISITA NEUROLOGICA	18,60			
	O	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	33,55			
	O	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	36,15			
	O	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	36,15			
	O	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	46,50			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	O	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore	36,15			
	O	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	36,15			
	O	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	23,25			
	O	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	48,80			
	O	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	36,15			
	O	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	36,15			
	O	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	55,80			
	O	89.15.6	POLIGRAFIA Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50			
	O	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50			
	O	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Per ricerca di soglia	41,85			
	O	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Da stimolo elettrico	92,95			
	O	89.17	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	139,45			
	O	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	139,45			
	O	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	139,45			
	O	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	35,10			
	O	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,15			
		89.2	**MISURE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE ED ESAMI MANUALI** Sistema genitourinario				
	Y	89.22	CISTOMETROGRAFIA Cistomanometria	55,80			
	Y	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	23,25			
	Y	89.24	UROFLUSSOMETRIA	11,60			
	Y	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	11,60			
	T	89.26	VISITA GINECOLOGICA Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	18,60			
		89.3	**ALTRE MISURE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE ED ESAMI MANUALI**				
	J	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67,15			
	J	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	92,95			
	V	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	23,25			
	V	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	37,20			
	V	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	46,50			
	V	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	37,20			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	V	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	55,80			
	V	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO Singolo stimolo Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	46,50			
	V	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	23,25			
	V	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	23,25			
	V	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	23,25			
	V	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	46,50			
	V	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	23,25			
	V	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	69,70			
	V	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	46,50			
	V	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	23,25			
	V	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	23,25			
	F	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	6,95			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una “prestazione accessoria erogata all’interno della visita specialistica e all’interno dello stesso locale” . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell’impegnativa la cui necessita’ emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell’attivita’ ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e’ registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell’attivita’, della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	F	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	6,95			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una “prestazione accessoria erogata all’interno della visita specialistica e all’interno dello stesso locale” . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell’impegnativa la cui necessita’ emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell’attivita’ ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e’ registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell’attivita’, della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	F	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	18,60			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	U	89.39.4	GUSTOMETRIA	9,30			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	U	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	7,45			
		89.4	**TEST CARDIOLOGICI DA SFORZO E CONTROLLO DI PACE-MAKER**				
	B	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	55,80			
	B	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	18,60			
	B	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	55,80			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	B	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	55,80			
	V	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	83,65			
	V	89.44.2	TEST DEL CAMMINO	55,80			
	B	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	23,25			
		89.5	**ALTRI TEST FUNZIONALI CARDIOLOGICI** Escluso: ECG fetale				
	B	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)	61,95			
	B	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	12,90			
	B	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia	46,50			
	BE	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	18,60			
	BE	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	27,90			
	BE	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60			
	BE	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	18,60			
	BE	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	27,90			
	BE	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	20,65			
	BE	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60			
	BE	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	18,60			
	B	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	41,30			
		89.6	**MONITORAGGIO CIRCOLATORIO** Escluso: Monitoraggio elettrocardiografico durante chirurgia				
	B	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41,30			
	BE	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	46,50			
	KV	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	13,70			
	V	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE Test dell' iperossia	18,60			
	V	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	18,60			
	V	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	18,60			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	V	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	9,30			
	V	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	18,60			
	KV	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	18,60			
	Z	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita oculistica (95.02)	18,60			
		90-91	**PRESTAZIONI DI LABORATORIO**				
R	K	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	16,35	GR 714/99		
R	K	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	10,65	GR 714/99		
R	K	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]	10,70	GR 714/99		
R	K	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]	11,35	GR 714/99		
R	K	90.01.5	ACIDI BILIARI (totali o ciascuno)	9,15	GR 714/99 GR 492/2004		
R	K	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]	15,95	GR 714/99		
R	K	90.02.2	ACIDO CITRICO	4,15			
R	K	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	9,60	GR 714/99		
R	K	90.02.4	ACIDO IPPURICO	5,85	GR 714/99		
	K	90.02.5	ACIDO LATTICO	5,30			
R	K	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	7,80	GR 714/99		
	K	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	4,00			
R	K	90.03.3	ACIDO SIALICO	13,95			
	K	90.03.4	ACIDO VALPROICO	10,35			
R	K	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	20,60	GR 714/99		
R	K	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	9,15			
R	K	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	22,90	GR 714/99		
R	K	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	22,90	GR 714/99		
R	K	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	5,20	GR 714/99		
	K	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	1,15			
	K	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	2,60			
	K	90.05.2	ALDOLASI [S]	4,15			
R	K	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	14,60	GR 714/99		
	K	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	7,75			
	K	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	9,80			
	K	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	6,45			
	K	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	10,85			
	K	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	4,20			
	K	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	2,45			
	K	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	4,65			
I	K	90.06.7	ANTIEPILETTICI (NAS)	9,30	GR 492/2004		
R	K	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	9,10			
R	K	90.07.2	AMINOACIDI: quantitativo (ognuno) [S/U/Sg/P]	3,45	GR 492/2004		
R	K	90.07.3	AMINOACIDI: screening qualitativo (minimo 8 parametri) [S/U/Sg/P]	12,85	GR 492/2004		
R	K	90.07.4	AMITRIPTILINA	7,35	GR 714/99		
	K	90.07.5	AMMONIO [P]	9,10			
I	K	90.07.6	PROFILO AMINOACIDICO-DOSAGGIO QUANTITATIVO	103,00	GR 1216/2004		
R	K	90.08.1	ANDROSTENEDIOLO GLUCURONIDE [S]	12,50	GR 714/99		
R	K	90.08.2	ANGIOTENSINA II	13,95	GR 714/99		
R	K	90.08.3	ANTIBIOTICI: Dosaggio immunometrico (ciascuno)	18,10	GR 714/99		
	K	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	6,10			
	K	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	5,95			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
I	K	90.08.6	ANTIBIOTICI: Dosaggio microbiologico (ciascuno)	16,55			
	K	90.09.1	APTOGLOBINA	6,20			
	K	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	1,15			
R	K	90.09.3	BARBITURICI	8,00	GR 714/99		
R	K	90.09.4	BENZODIAZEPINE	8,85	GR 714/99		
R	K	90.09.5	BENZOLO	9,20	GR 714/99		
	K	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	10,80			
	K	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	0,70			
	K	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)	0,90	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	1,25			
	K	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	1,55			
I	K	90.10.6	BUPRENORFINA	15,50	GR 492/2004		
R	K	90.11.1	C PEPTIDE	11,55	GR 714/99		
R	K	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	48,25			
R	K	90.11.3	CADMIO	9,10	GR 714/99		
	K	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	1,25			
R	K	90.11.5	CALCITONINA	14,55	GR 714/99		
	K	90.11.6	CALCIO IONIZZATO	11,35			
	K	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	10,05			
	K	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	5,30			
	K	90.12.3	CARBAMAZEPINA	13,40			
R	K	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	12,60	GR 714/99		
	K	90.12.5	CERULOPLASMINA	5,70			
	K	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]	5,40			
R	K	90.13.2	CICLOSPORINA	16,25	GR 714/99		
	K	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	1,25			
	K	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	8,40	GR 714/99 GR 142/2000		
R	K	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	9,10	GR 714/99		
	K	90.14.1	COLESTEROLO HDL	1,85			
R	K	90.14.2	COLESTEROLO LDL	0,65	GR 714/99		
	K	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	1,15			
	K	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	1,55			
R	K	90.14.5	COPROPORFIRINE	6,40	GR 714/99		
	K	90.15.1	CORPI CHETONICI	0,75			
R	K	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	19,10	GR 714/99		
	K	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	10,65			
	K	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	1,95			
R	K	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	3,70			
I	K	90.15.6	CREATINCHINASI MB: MASSA	5,40	GR 492/2004		
R	K	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	2,80	GR 714/99		
	K	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	12,55			
	K	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	1,25			
	K	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	1,75			
R	K	90.16.5	CROMO	9,10	GR 714/99		
R	K	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	10,70	GR 714/99		
R	K	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	15,40	GR 714/99		
R	K	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	12,90	GR 714/99		
R	K	90.17.4	DESIPRAMINA	7,35	GR 714/99		
R	K	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	22,90	GR 714/99		
I	K	90.17.6	DESIALO TRANSFERRINA	25,00	GR 492/2004 GR 1216/2004		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	90.18.1	DOPAMINA [S/U]	13,30	GR 714/99		
R	K	90.18.2	DOXEPINA	7,35	GR 714/99		
R	K	90.18.3	DROGHE D'ABUSO Amfetamina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, Oppiacei, Fenilclicidina per analita	6,00	GR 714/99		
R	K	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	18,45	GR 714/99		
R	K	90.18.5	ERITROPOIETINA	17,65			
R I	K	90.18.6	DROGHE D'ABUSO (Esami rari) Caffeina, LSD, Propossifene, Nicotina per analita	18,10	GR 714/99		
R I	K	90.18.7	DROGHE D'ABUSO (Identificazione e conferma in GC-MS) ciascuno	103,30	GR 714/99 GR 1216/2004		
I	K	90.18.8	CROMOGRANINA	25,00	GR 1216/2004		
R	K	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	5,40	GR 714/99		
	K	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	13,00			
	K	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]	10,35			
R	K	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO	9,20	GR 714/99		
R	K	90.19.5	ESTRONE (E1)	15,15	GR 714/99		
	K	90.20.1	ETANOLO	5,80			
R	K	90.20.2	ETOSUCCIMIDE	15,50	GR 714/99		
R	K	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI ciascuno Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide	9,10	GR 714/99 - GR 1216/2004		
R	K	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI ciascuno Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati	7,25	GR 714/99 - GR 1216/2004		
R	K	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI ciascuno Ciclofosfamide, Metotressato	9,35	GR 714/99 - GR 1216/2004		
	K	90.21.1	FARMACI DIGITALICI ciascuno	11,10	GR 1216/2004		
R	K	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	9,15			
	K	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	4,90			
	K	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO (metodo chimico)	4,15			
R	K	90.21.5	FENILALANINA	3,45			
I	K	90.21.6	FECI SANGUE OCCULTO (metodo immunologico)	6,20			
I	K	90.21.7	FENOBARBITALE	9,30			
	K	90.22.1	FENITOINA	15,50			
R	K	90.22.2	FENOLO [U]	3,55	GR 714/99		
	K	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	7,75			
	K	90.22.4	FERRO [dU]	5,30			
	K	90.22.5	FERRO [S]	1,55			
R	K	90.23.1	FLUORO	6,25			
R	K	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	9,10	GR 714/99		
	K	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	9,80			
	K	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	1,75			
	K	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	1,40			
R	K	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	10,55	GR 714/99		
	K	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	11,30			
	K	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	1,60			
R	K	90.24.4	FOSFOESOSOISOMERASI (PHI)	1,10			
	K	90.24.5	FOSFORO	1,00			
Rb	K	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	3,15	GR 714/99		
R	K	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]	4,15			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	K	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)	6,90			
	K	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	2,10			
	K	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	1,25			
R	K	90.26.1	GASTRINA [S]	19,10	GR 714/99		
R	K	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	7,45	GR 714/99		
R	K	90.26.3	GLUCAGONE [S]	8,30	GR 714/99		
A	K	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico per singolo dosaggio escluso prelievo)	1,30	GR 492/2004		
	K	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	1,30			
	K	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	9,30			
	K	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U]	6,60			
	K	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	12,60			
	K	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	14,25			
	K	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	10,60			
R	K	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	17,80	GR 714/99		
R	K	90.28.3	IMIPRAMINA	14,25	GR 714/99		
	K	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	9,30			
R	K	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	30,55	GR 714/99 GR 142/2000		
R	K	90.29.1	INSULINA [S]	9,60	GR 714/99		
	K	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	1,25			
	K	90.29.3	LATTE MULIEBRE	4,00			
	K	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]	2,55			
	K	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	2,80			
I	K	90.29.6	LAMOTRIGINA	20,65	GR 492/2004		
R	K	90.30.1	LEVODOPA	7,35	GR 714/99		
	K	90.30.2	LIPASI [S]	3,20			
	K	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	12,90			
	K	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	4,00			
R	K	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	1,05	GR 714/99		
R	K	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	11,35	GR 714/99		
R	K	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	17,65	GR 714/99		
R	K	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	1,05	GR 714/99		
	K	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	4,20			
	K	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	7,60			
	K	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	2,60			
	K	90.32.2	LITIO [P]	4,15			
	K	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	9,30			
	K	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)	55,90	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	1,70			
R	K	90.33.1	MANGANESE [S]	6,25			
R	K	90.33.2	MEPROBAMATO	7,35	GR 714/99		
R	K	90.33.3	MERCURIO	9,10			
	K	90.33.4	MICROALBUMINURIA	4,65			
	K	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	7,60			
I	K	90.33.6	OMOCISTEINA (ricerca)	22,20	GR 492/2004		
R	K	90.34.1	NEOPTERINA	10,90	GR 714/99		
R	K	90.34.2	NICHEL	10,10			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	90.34.3	NORTRIPTILINA	5,40	GR 714/99		
R	K	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	6,90	GR 1216/2004		
	K	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	11,00			
R	K	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	12,90	GR 714/99		
R	K	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (5) per ciascuna serie (17 OH-P, FSH, LH, T SH, CORTISOLO, GH)	33,05	GR 714/99 GR 142/2000 GR 1216/2004		
	K	90.35.3	OSSALATI [U]	8,95			
R	K	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	25,40	GR 714/99		
R	K	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	23,25	GR 714/99		
R	K	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	6,25	GR 714/99		
	K	90.36.2	pH EMATICO	7,45			
Rb	K	90.36.3	PIOMBO [S/U]	20,25	GR 714/99		
	K	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	7,85			
R	K	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	6,25	GR 714/99		
R I	K	90.36.6	PIRIDINOLINE	15,50	GR 714/99		
R	K	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	15,50	GR 714/99		
	K	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]	5,95			
	K	90.37.3	POST COITAL TEST	2,80			
	K	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,25			
R	K	90.37.5	PRIMIDONE	9,10	GR 714/99		
	K	90.38.1	PROGESTERONE [S]	12,45			
	K	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	9,65			
	K	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5)	28,15	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	5,70			
	K	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	1,25			
	K	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	9,30			
R	K	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	7,70	GR 714/99		
R	K	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	10,55			
Rb	K	90.39.4	RAME [S/U]	4,95	GR 714/99		
R	K	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	21,15	GR 714/99		
R	K	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE	17,55	GR 714/99		
R	K	90.40.2	RENINA [P]	25,80	GR 714/99		
R	K	90.40.3	SELENIO	6,90			
	K	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,25			
	K	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	4,65	GR 714/99 GR 142/2000		
R I	K	90.40.6	SOMATOMEDINA C	15,50	GR 714/99		
I	K	90.40.7	TACROLIMUS (FK560)	20,65	GR 492/2004		
	K	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)	0,90	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.41.2	TEOFILLINA	11,00			
	K	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	12,15			
R	K	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	15,80	GR 714/99		
R	K	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	20,65	GR 714/99		
I	K	90.41.6	TIROXINA (T4) NEONATALE /s	4,15	GR 492/2004		
	K	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	7,80			
	K	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)	23,25			
	K	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	9,10			
	K	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	2,60			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	K	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	5,15			
I	K	90.42.6	TRIPTASI (metodo immunometrico) / s	10,35	GR 492/2004		
R	K	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO (Dosaggi e calcolo) (Per screening S. Down e altre anomalie)	33,55	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.43.2	TRIGLICERIDI	1,30			
	K	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	9,15			
	K	90.43.4	TRIPSINA [S/U]	10,50			
	K	90.43.5	URATO [S/U/dU]	1,25			
I	K	90.43.6	TRIPSINOGENO NEONATALE / s	4,45	GR 492/2004		
	K	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	1,25			
	K	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	3,85			
	K	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	2,60			
	K	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	0,70			
R	K	90.44.5	VITAMINA D	16,25	GR 714/99		
R	K	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	10,45	GR 1216/2004		
R	K	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO ciascuno	10,45	GR 1216/2004		
	K	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)	5,95			
R	K	90.45.4	ZINCO [S/U]	6,25	GR 714/99		
R	K	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	8,50	GR 714/99		
H	K	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	4,15	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
*	K	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	8,80		Per diagnosi di diatesi emorragiche	
	K	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	4,65			
	K	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	4,65			
RH	K	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	4,20	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R	K	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA) ciascuno - comprende anticorpi anticentromero	13,30	GR 714/99 - GR 492/2004		
R	K	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	11,40			
R	K	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM) ciascuno	12,55	GR 714/99 GR 1216/2004		
I	K	90.47.6	ANTICORPI ANTIFOSFOLIPIDI	12,55	GR 492/2004		
I	K	90.47.7	ANTICORPI ANTICARBOSSILASI AC. GLUTAMMICO	13,45	GR 492/2004		
R	K	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	8,35	GR 714/99		
R	K	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	11,40	GR 714/99		
R	K	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	11,90	GR 714/99		
RH	K	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	1,75	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	8,35	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	18,90	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	24,25	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	7,75	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R	K	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	11,40	GR 714/99		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	K	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	11,40			
I	K	90.49.6	ANTICORPI ANTIFATTORE REUMATOIDE NON IgM /s	12,55	GR 492/2004		
I	K	90.49.7	ANTICORPI ANTIENDOMISIO	19,00	GR 492/2004		
RH	K	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	35,85	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)	35,85	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)	20,95	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)	18,80	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R	K	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	8,60	GR 714/99		
R	K	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	12,20	GR 714/99		
RH	K	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	41,90	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R	K	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	11,40			
R	K	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	11,40	GR 714/99		
R	K	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	8,25	GR 714/99		
R	K	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	9,45	GR 714/99		
R	K	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	7,45	GR 714/99		
R	K	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	7,45	GR 714/99		
	K	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	9,65			
R	K	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO NAS ciascuno	14,50	GR 714/99 GR 1216/2004		
R	K	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	7,45	GR 714/99		
R	K	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	42,80	GR 714/99		
R	K	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	88,20	GR 714/99		
R	K	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	25,30	GR 714/99		
R	K	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	25,30	GR 714/99		
I	K	90.53.6	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI TISSUTALE	19,00	GR 492/2004		
R	K	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	8,60	GR 714/99		
R	K	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	8,60	GR 714/99		
R	K	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	7,45	GR 714/99		
R	K	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	12,70	GR 714/99		
RH	K	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	6,95	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	18,55			
	K	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	18,10			
	K	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	16,40			
	K	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	15,50			
	K	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	15,50			
	K	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	18,45			
	K	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	12,10			
	K	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	10,60			
	K	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	18,45			
	K	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) (Totale o libero)	10,60			
	K	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	22,05			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
RH	K	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59 ciascuno	17,10	GR 714/99 GR 142/2000 GR 1216/2004		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	17,40	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	42,15	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	2,80			
I	K	90.57.6	ANTITROMBINA III IMMUNOLOGICO	6,70			
R	K	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)	18,45	GR 714/99		
RH	K	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	6,85	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R*	K	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	9,15	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	
	K	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]	4,05			
RH	K	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI ciascuno	24,45	GR 714/99 GR 142/2000 GR 1216/2004		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	22,35	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	22,35	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	19,40	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	93,90	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	6,20			
	K	90.60.2	COMPLEMENTO: C1, C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	6,60	GR 492/2004		
RH	K	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	361,50	GR 714/99		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	2,45	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	32,90	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	1,75			
R	K	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	11,65	GR 714/99		
	K	90.61.3	CYFRA 21-1	21,15			
	K	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	8,50			
	K	90.61.5	D-DIMERO (Test al latice)	7,15			
	K	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA	1,00			
	K	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,60			
	K	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	12,10			
R	K	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI/LEUCOCITARI ciascuno	15,50	GR 714/99 GR 1216/2004		
	K	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	2,50			
R	K	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	11,05	GR 714/99		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
RH	K	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	6,70	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	20,85			
	K	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	3,70			
	K	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	18,80			
R	K	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	23,95	GR 714/99		
	K	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	4,75			
R	K	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)	14,30	GR 714/99		
RH	K	90.64.4	FENOTIPO Rh	10,60	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	13,55			
	K	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	2,65			
R*	K	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	9,15	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliache	
H	K	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	7,75	GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
H	K	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo	5,15	GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R	K	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	108,45			
	K	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	1,75			
	K	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2	11,35			
	K	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	4,00			
	K	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	14,35			
R	K	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	13,90			
R	K	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	12,85			
	K	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]	1,75			
RH	K	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1 siero/30 soggetti)	86,90	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	7,35			
I	K	90.67.6	IgA SECRETORIE [S]	11,55			
	K	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO (Per pannello, fino a 12 allergeni)	101,70			
	K	90.68.2	IgE SPECIFICHE : SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	12,05	GR 492/2004		
	K	90.68.3	IgE TOTALI	11,10			
	K	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	15,50			
	K	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	16,35			
I	K	90.68.6	IgE SPECIFICHE per singolo allergene	13,95	GR 492/2004		
I	K	90.68.7	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER ALIMENTI (latte, albume,merluzzo, crostacei, grano, arachidi, pomodoro,mela)	88,00	GR 492/2004		In ambito pediatrico invece dei crostacei può essere prevista la soia
I	K	90.68.8	IgE SPECIFICHE PANNELLO PER INALANTI (graminacee, paritaria, olivo, cipresso, alternaria, dermatophagoides pteronissinus, cane, gatto)	88,00	GR 492/2004		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
Rb	K	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	7,85	GR 714/99		
	K	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	29,70			
R	K	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	16,35	GR 714/99		
	K	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	5,85			
R*	K	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	9,60	GR 714/99	per diagnosi di trombofilia	
R	K	90.70.1	INTERFERONE	22,90			
R	K	90.70.2	INTERLEUCHINA 2	19,65			
	K	90.70.3	PROVE DI SENSIBILITA' RITARDATA (Per test) Incluso: Intradermoreazioni con PPD, Candida, Streptochinasi e Mumps	5,55	GR 714/99 GR 142/2000		
	K	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]	4,35			
	K	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]	1,00			
	K	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	2,80			
Rb	K	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)	7,10	GR 714/99		
	K	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	2,60			
R	K	90.71.4	PINK TEST	2,80	GR 714/99		
Rb	K	90.71.5	PLASMINOGENO	11,65	GR 714/99		
	K	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	9,10			
	K	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	9,10			
	K	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	3,60			
	K	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	9,80			
	K	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	9,80			
R	K	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	4,65	GR 714/99		
RH	K	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	8,45	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	6,05	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)	117,90	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	53,60	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	51,20	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
	K	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	4,15			
	K	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	4,20			
	K	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)	8,50			
	K	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]	5,95			
R	K	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	3,40			
	K	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	1,60			
	K	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	1,75			
	K	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	3,10			
	K	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	2,80			
	K	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	2,55			
*	K	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA (ciascuno)	7,00	GR 492/2004	Per diagnosi di piastrinopatia	
	K	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	2,80			
	K	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	2,80			
	K	90.76.5	TEST DI HAM	4,80			
I	K	90.76.6	TEMPO DI EMORRAGIA - METODO DI DUKE / sg	3,10	GR 492/2004		
	K	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)	2,70			
R*	K	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	9,05	GR 714/99	Per inquadramento diagnostico - terapeutico delle diatesi trombofiliache	
R	K	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	36,40	GR 714/99		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	36,40	GR 714/99		
R	K	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)	477,20	GR 714/99		
	K	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)	3,45			
RH	K	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	101,50	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	101,50	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RHI	K	90.78.6	MOLECOLE HLA SOLUBILI	101,50	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	101,50	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	155,30	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	188,70	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,40	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	109,15	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,40	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	213,35	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	311,60	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	149,25	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
RH	K	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)	158,65	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
RH	K	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	17,10	GR 714/99 GR 142/2000		La lettera "H" è da intendersi applicata alla prestazione solo quando effettuata nell'ambito della medicina trasfusionale a carico del SSN in applicazione della L107/90
R	K	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	2,80			
R*	K	90.82.2	TROMBOSSANO B2	5,65	GR 714/99	per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	
	K	90.82.3	TROPONINA I	16,35			
	K	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	0,75			
	K	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	1,80			
*	K	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	26,35		per diagnosi in sindromi da iperviscosità	
	K	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	6,20			
R	K	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI MEDIANTE IBRIDAZIONE NAS ciascuno Batteri o micobatteri (Previa reazione polimerasica a catena)	59,90	GR 1216/2004		
R	K	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS ciascuno	34,10	GR 714/99 GR 1216/2004		
	K	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.)	12,20			
	K	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	11,40			
			Clostridium difficile o altri batteri anaerobi (ciascuno)				
	K	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.)	12,20			
			In materiali biologici (E.I.A.)				
	K	90.85.4	MICRORGANISMI: ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ciascuno Batteri o altri microrganismi in materiali biologici (Agglutinazione)	5,15	GR 492/2004 GR 1216/2004		
R	K	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ciascuno In materiali biologici (Elettrosineresi)	2,25	GR 714/99 GR 1216/2004		
AI	K	90.85.6	BATTERI ISOLATI - ANTIBIOGRAMMA (Kirby Bauer, attività battericida C.M.B., associazioni antibiotiche, sensibilità al siero) Campylobacter o altri batteri isolati (ciascuno)	6,35			
I	K	90.85.7	STAFFILOCOCCHI: METICILLINORESISTENZA FENOTIPICA	3,60			
I R	K	90.85.8	HELICOBACTER PYLORI RICERCA ANTIGENE NELLE FECI	23,25	GR 142/2000		
A	K	90.86.2	AGENTI DI INFEZIONE ISOLATI - IDENTIFICAZIONE IMMUNOLOGICA Nas Batteri, miceti, micoplasmi, virus, altri agenti di infezione (ciascuno)	6,80			
	K	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA - COLTURALE In liquidi biologici diversi o su isolati.	3,80			
	K	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	2,05			
I	K	90.86.8	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA - METODI MECCANIZZATI In liquidi biologici diversi o su isolati.	2,60			
	K	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI Saggio di inibizione della crescita	4,65			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	K	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	2,25			
	K	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	4,85			
I	K	90.88.6	BATTERI : ANTICORPI (E.A. o NAS) (Ciascuno)	7,75			
	K	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	3,40			
R	K	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	25,20	GR 714/99		
	K	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	26,70			
	K	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,05			
	K	90.92.4	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	15,95			
	K	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca microrganismi e lieviti patogeni	6,65			
	K	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Lactobacilli, Miceti lievitiformi, Gardnerella Escluso: Neisseria gonorrhoeae	6,20			
	K	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE Ricerca microrganismi e lieviti patogeni comuni Escluso: Neisseria meningitidis	6,20			
I	K	90.93.6	ESAME MICROSCOPICO CAMPIONI PER VALUTAZIONE DI IDONEITA' ALLA COLTURA (Materiali respiratori)	2,60			
	K	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Batteri aerobi e anaerobi, Miceti, (ciascuno)	11,90			
	K	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Batteri aerobi comuni e miceti. Incluso: Conta batterica	8,30			
	K	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	9,40			
	K	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	4,45			
I	K	90.94.6	BATTERI URINARI: IMMUNOGLOBULINE ADESE (test di Thomas)	16,35			
	K	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	6,20			
	K	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	18,45			
	K	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	9,55			
*	K	90.97.2	BATTERI O MICETI ANTICORPI (D.I.D.) ciascuno	11,30	GR 1216/2004	per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	
*	K	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	10,55		per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	
	K	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	3,30			
A	K	90.98.5	MICRORGANISMI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA O OSSERVAZIONE MICROSCOPICA	2,60			
R	K	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	56,80	GR 714/99		
	K	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	10,80			
AR	K	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE O IDENTIFICAZIONE (Met. Radiometrico o fluorimetrico)	16,00	GR 714/99 GR 492/2004		
	K	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)	6,20			
	K	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE	3,15			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	K	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE	3,15			
A	K	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	3,55			
A	K	91.05.2	PARASSITI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentrazione o arricchimento o con colorazioni speciali)	13,95	GR492/2004		
I	K	91.05.6	PARASSITI (ciascuno): ANTICORPI (ciascuno) - E.A.	15,95			
ARI	K	91.05.7	MICRORGANISMI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE Actinomiceti, micobatteri, leptospire, legionelle, protozoi, micoplasmi (ciascuno)	8,25	GR 714/99		
RI	K	91.05.8	MICRORGANISMI ISOLATI: TIPIZZAZIONE FINE	37,20	GR 714/99		
AI	K	91.05.9	MICRORGANISMI ISOLATI: IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA O BIOMOLECOLARE Nas Batteri aerobi ed anaerobi, miceti, lieviti, micobatteri, micoplasmi (ciascuno)	10,35			
I	K	91.06.7	MICRORGANISMI ISOLATI (ciascuno): ENZIMI (Ciascuno)	2,60			
AI	K	91.06.8	MICRORGANISMI: ANTICORPI (Metodo immunometrico) Batteri, Miceti, Micobatteri, Micoplasmi, Parassiti, (Ciascuno)	9,30			
	K	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	6,60			
	K	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	3,70			
	K	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	4,85			
	K	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	5,90			
	K	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	5,80			
	K	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	15,95			
	K	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	8,15			
RI	K	91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM: ANTICORPI IMMOBILIZZANTI - Test di Nelson	36,15	GR 714/99		
A	K	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR][TPHA qualitativa]	3,35			
	K	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	4,15			
	K	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,05			
R	K	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	63,50			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
R	K	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	69,90			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
AR	K	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS Citomegalovirus o altri virus	35,10			
R	K	91.13.2	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - NEUTRALIZZAZIONE O IMMUNOBLOTTING (saggio di conferma) ciascuno	36,20	GR 714/99 GR 1216/2004		
R	K	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva o Nas) Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	7,75	GR 714/99		
AI	K	91.13.7	VIRUS (ciascuno): ANTICORPI (ciascuno) (Metodo immunometrico) Citomegalovirus, Epstein Barr, Rosolia, altri virus	8,80			
R	K	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	28,00			
AI	K	91.14.6	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Titolazione mediante agglutinazione	5,70			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
RI	K	91.14.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): COSTITUENTI O PRODOTTI - HPLC	28,40	GR 714/99		
RI	K	91.14.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): COSTITUENTI O PRODOTTI - Elettroforesi su gel	11,30	GR 714/99		
A	K	91.14.9	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI (metodo immunometrico) ciascuno Clostridium difficile, chlamydie,altri batteri antigeni cellulari ed extracellulari, cryptosporidium, virus epatite B antigene HBeAg HBsAg o altri virus antigeni (ciascuno)	7,50	GR 1216/2004		
RI	K	91.15.6	AGENTI PATOGENI O TOSSINE O TOSSINOGENESI: Prova biologica o di tossicità (ciascuno)	15,50	GR 714/99		
AI	K	91.15.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.) Miceti, Batteri, Virus, Parassiti, (ciascuno)	6,20	GR 1216/2004		
I	K	91.15.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Nas ciascuno	9,10	GR 1216/2004		
I	K	91.15.9	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI - Immunoelettroosmoforesi ciascuno	11,30	GR 1216/2004		
AI	K	91.16.6	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.) ciascuno	13,95	GR 1216/2004		
AI	K	91.16.7	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTIGENI (Mediante I.F.) ciascuno	13,95	GR 1216/2004		
AI	K	91.16.8	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTICORPI (Mediante emoagglutinazione passiva o inibizione dell'emoagglutinazione) ciascuno	7,75	GR 1216/2004		
I	K	91.16.9	AGENTI DI INFEZIONE (ciascuno): ANTIGENI - IEOP	8,80			
	K	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI ciascuno	9,35	GR 1216/2004		
	K	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	11,00			
R	K	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	63,40			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
R	K	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	36,15			
	K	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	8,85			
	K	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	9,45			
	K	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	9,35			
	K	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	9,35			
R	K	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	23,35			
R	K	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	63,00	GR 714/99		
R	K	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	77,45			
	K	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	8,80			
R	K	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,75	GR 714/99		
R	K	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	77,45			
	K	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	12,05			
	K	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	21,75			
	K	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	17,95			
	K	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	7,65			
	K	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	8,70			
	K	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	7,75			
R	K	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	63,00			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	77,45			La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica
	K	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	8,80			
R	K	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,75	GR 714/99		
RI	K	91.22.6	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 IMMUNOCOMPLESSI - IMMUNOMETRICO	21,70	GR 714/99		
R	K	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	85,65	GR 714/99		
R	K	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	21,75	GR 714/99		
R	K	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	25,70	GR 714/99		
R	K	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	70,00	GR 714/99		
R	K	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	63,40	GR 714/99		
AR	K	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido o osservazione in microscopia elettronica)	28,00	GR 714/99		
AR	K	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) Herpes, Herpes/Varicella, Citomegalovirus, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio	50,40	GR 714/99		
R	K	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	63,00			
	K	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,05			
RI	K	91.27.6	AGENTI DI INFEZIONE: ANTIGENI - IMMUNOISTOCHIMICA ciascuno	52,00	GR 714/99 GR 1216/2004		
RI	K	91.27.7	AGENTI DI INFEZIONE - GENOTIPIZZAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	77,45	GR 714/99		
R	K	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA Con agente clastogenico "in vitro"	130,10			
R	K	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	123,95			
R	K	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	120,35			
R	K	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	112,60			
R	K	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	123,95			
R	K	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	126,55			
R	K	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	64,55			
R	K	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	56,80			
R	K	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	120,10			
R	K	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	120,10			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	158,55			
R	K	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	127,55			
R	K	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)	155,95			
R	K	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	115,15			
R	K	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.) 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	92,95			
R	K	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	112,05			
R	K	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	92,95			
R	K	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	110,50			
R	K	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	112,05			
R	K	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	28,40			
R	K	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	28,40			
R	K	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	24,80			
R	K	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	27,90			
R	K	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	28,40			
R	K	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	26,10			
R	K	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	24,80			
R	K	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	25,55			
R	K	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	28,40			
R	K	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	89,10			
R	K	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	87,80			
R	K	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	118,80			
R	K	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	143,60			
R	K	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	122,90			
R	K	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	95,55			
R	K	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	80,05			
R	K	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	118,80			
R	K	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	92,95			
R	K	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	82,65			
R	K	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	119,80			
R	K	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	58,60			
R	K	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	40,55			
R	K	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	32,90			
R	K	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	32,90			
R	K	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	42,35			
R	K	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	45,45			
R	K	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	81,60			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sequenze genomiche in YAC	282,50			
R	K	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	186,45			
R	K	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	150,30			
R	K	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari painting	186,45			
R	K	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	120,60			
R	K	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	120,60			
R	K	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	120,60			
R	K	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	47,00			
	K	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	11,15			
R	K	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	33,80	GR 714/99		
R	K	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,15	GR 714/99		
R	K	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,15	GR 714/99		
R	K	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	14,10	GR 714/99 GR 714/99		
R	K	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	27,15	GR 714/99		
R	K	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea	27,15	GR 714/99		
R	K	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice	14,10	GR 714/99		
R	K	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice	14,10	GR 714/99		
R	K	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale	27,15	GR 714/99		
R	K	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale	14,10	GR 714/99		
R	K	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica	39,40	GR 714/99		
R	K	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare	14,10	GR 714/99		
R	K	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	43,65	GR 714/99		
R	K	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica	43,65	GR 714/99		
R	K	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali	14,10	GR 714/99		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
R	K	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea	14,10	GR 714/99		
R	K	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica	46,50	GR 714/99		
R	K	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	46,50	GR 714/99		
R	K	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari	14,10	GR 714/99		
R	K	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale (Con raschiamento del canale)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina	14,10	GR 714/99		
R	K	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene	14,10	GR 714/99		
R	K	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare	14,10	GR 714/99		
R	K	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale	14,10	GR 714/99		
R	K	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)	14,10	GR 714/99		
R	K	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	46,50	GR 714/99		
R	K	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale	14,10	GR 714/99		
R	K	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica	46,50	GR 714/99		
R	K	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulectomia	27,15	GR 714/99		
R	K	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	46,50	GR 714/99		
R	K	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)	79,65	GR 714/99		
R	K	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale	79,65	GR 714/99		
R	K	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare	79,65	GR 714/99		
R	K	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea	46,50	GR 714/99		
R	K	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico	27,15	GR 714/99		
R	K	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	85,05			
			PRELIEVI				
	K	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	3,10			
	K	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	5,15			
	K	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	3,10			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	K	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	3,10			
	K	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	3,10			
			DERMATOLOGIA E ALLERGOLOGIA				
	F	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	6,05			
	F	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	5,60			
	F	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	4,65			
	F	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni)	11,60			
	F	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	32,55			
	F	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)	23,25			
I	F	91.90.7	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI Per seduta	20,65			
I	F	91.90.8	PROVE ALLERGOLOGICHE CUTANEE PER VELENO DI IMENOTTERI Incluso: tutte le prove in vivo per la diagnosi	51,65			
		92	**MEDICINA NUCLEARE**				
		92.01	***SCINTIGRAFIA TIROIDEA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO***				
	G	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	45,00			
	G	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	46,10			
	G	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	33,35			
	G	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	179,75			
		92.02	***SCINTIGRAFIA EPATICA E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO***				
	G	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	64,55			E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni eseguite per raggiungere il risultato diagnostico
	G	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	115,00			
	G	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	103,55			
	G	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	154,95			
	G	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	25,95			
		92.03	***SCINTIGRAFIA RENALE E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO***				
	G	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	56,80			La prestazione si intende bilaterale

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	G	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	23,00			
	G	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	112,35			
	G	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	74,40			
	G	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,25			
		92.04	***SCINTIGRAFIA GASTROINTESTINALE E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO***				
	G	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	63,90			
	G	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	51,65			
	G	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	92,95			
	G	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	103,30			
	G	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	61,45			
		92.05	***SCINTIGRAFIA CARDIOVASCOLARE E DELL'APPARATO EMOPOIETICO***				
			E STUDIO FUNZIONALE RADIOISOTOPICO				
	G	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	187,00			
	G	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	51,65			
	G	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	98,15			
	G	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	129,10			
	G	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	90,10			
	G	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	108,45			
		92.09	***ALTRI STUDI DI FUNZIONE CON RADIOISOTOPI***				
*	G	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1.071,65		La prestazione è indicata per la diagnosi di:cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fini chirurgici del paziente infartuato, successivamente a ecocardiografia con test provocativi e scintigrafia o tomoscintigrafia (SPET) perfusionale miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
	G	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	134,80			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	G	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,25			
	G	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	46,20			
	G	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	179,30			
	G	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	143,60			
	G	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	221,25			
		92.1	***ALTRE SCINTIGRAFIE***				
	G	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	98,15			
	G	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	126,25			
	G	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	129,10			
	G	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	206,60			
	G	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	238,80			
*	G	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	939,95		La prestazione è indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative,demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
*	G	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	1.071,65		La prestazione è indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative,demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale	
	G	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	191,10			
		92.14	***SCINTIGRAFIA DELLE OSSA***				
	G	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	57,85			
	G	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	78,35			
I	G	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA OSSEA In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco	36,15			
		92.15	***SCINTIGRAFIA POLMONARE***				
	G	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	68,50			E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni eseguite per raggiungere il risultato diagnostico
	G	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	198,65			
	G	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	23,00	GR 508/97		
	G	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	169,45			
	G	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco	34,70			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		92.16	***SCINTIGRAFIA DEL SISTEMA LINFATICO***				
	G	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	110,50			
		92.18	***SCINTIGRAFIA TOTAL BODY***				
	G	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	213,55			
	G	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	113,10			
	G	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	136,60			
	G	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	251,55			
	G	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	413,15			
*	G	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1.071,65		La prestazione è indicata per: la stadiazione di neoplasia, la diagnosi differenziale tra recidiva tumorale e radionecrosi, la valutazione di malignità della neoplasia e/o della risposta al trattamento chemio/radioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico	
		92.19	***SCINTIGRAFIA DI ALTRE SEDI***				
	G	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	259,00			
	G	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	293,45			
	G	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	51,65			
	G	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	86,25			
	G	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	24,80			
I	G	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI	169,40			
I	G	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CON INDICATORI POSITIVI In corso di esame planare con unica somministrazione di radiofarmaco	36,15			
		92.2	**RADIOLOGIA TERAPEUTICA E MEDICINA NUCLEARE** Incluso: l'uso di accessori standard non personalizzati (schermature, compensatori, sistemi di immobilizzazione) per applicazioni radioterapeutiche.				
	X	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	7,20			
		92.23	***TELECOBALTOTERAPIA*** Uso di: Unità di Cobalto 60				
	X	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI per seduta o per focolaio trattato	21,70			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO per seduta o per focolaio trattato	26,10			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH per seduta o per focolaio trattato	51,65			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
							costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
		92.24	**TELERADIOTERAPIA MEDIANTE FOTONI X DI MEGAVOLTAGGIO** Uso di: Acceleratore lineare				
	X	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	35,85			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	51,65			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	77,45			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
*	X	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA in seduta unica (cranica ed extracranica)	3.600,00	GR 1492/97 GR 492/2004	La prestazione è indicata nei casi di lesione uguale o inferiore a 3 cm. del maggior asse. **Lesioni benigne**, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. **Lesioni maligne *intracraniche*** : **Tumori maligni primitivi** (Inoperabili-Recidivi). **Metastasi** (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. **Lesioni maligne *extracraniche*** : **Tumori polmonari**, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. **Epatocarcinoma,** localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. **Metastasi epatiche multiple** (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. **Tumori limitati non operabili**, **metastasi uniche e recidive limitate** in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.	

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
*l	X	92.24.5	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (cranica ed extracranica) in seduta unica	3.150,00	GR 492/2004	La prestazione è indicata nei casi di lesione superiore a 3 cm. e non superiore a 5 cm. del maggior asse, vicinanza a strutture critiche indipendentemente dalle dimensioni, ritrattamento. **Lesioni benigne**, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. **Lesioni maligne *intracraniche*** : **Tumori maligni primitivi** (Inoperabili-Recidivi). **Metastasi** (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. **Lesioni maligne *extracraniche*** : **Tumori polmonari,** non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. **Epatocarcinoma,** localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. **Metastasi epatiche multiple** (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.	
*l	X	92.24.6	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA FRAZIONATA (cranica ed extracranica) seduta successiva alla prima (fino ad un massimo di tre sedute)	1.400,00	GR 492/2004	La prestazione è indicata nei casi di lesione superiore a 3 cm. e non superiore a 5 cm. del maggior asse, vicinanza a strutture critiche indipendentemente dalle dimensioni, ritrattamento. **Lesioni benigne**, neoplastiche e non, intra ed extracraniche, non suscettibili di altri provvedimenti terapeutici. **Lesioni maligne *intracraniche*** : **Tumori maligni primitivi** (Inoperabili-Recidivi). **Metastasi** (numero massimo 3 - in associazione o meno con "WholeBrain Radiation Therapy"), come unica manifestazione secondaria di malattia o con malattia stazionaria nelle altre sedi. **Lesioni maligne *extracraniche*** : **Tumori polmonari**, non microcitoma, I° e II° stadio NO in pazienti inoperabili e non suscettibili, per la ridotta riserva respiratoria, di altro tipo di trattamento radioterapico. **Epatocarcinoma**, localizzazioni inoperabili di dimensioni max 6 cm. **Metastasi epatiche multiple** (numero massimo di 3) da neoplasia del colon, come unica manifestazione secondaria di malattia, non sincrone con il tumore primitivo, non operabili. Tumori limitati non operabili, metastasi uniche e recidive limitate in sedi che precludono ogni altro provvedimento terapeutico. Sono esclusi i pazienti con malattia disseminata ed i pazienti nei quali l'estensione del tumore non sia chiaramente identificabile con TAC o RMN.	
		92.25	***TELERADIOTERAPIA CON ELETTRONI*** Teleterapia con acceleratore lineare				
	X	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI Per seduta e per focolaio trattato	38,40			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
*	X	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	1.053,55		La prestazione, intesa come trattamento completo comprensivo anche di tutte le fasi propedeutiche, è indicata in caso di: Linfoma cutaneo a cellule T	Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
		92.27	***IMPIANTO O INSERZIONE DI ELEMENTI RADIOATTIVI***				
	X	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) per seduta e per focolaio trattato	278,90			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE per seduta e per focolaio trattato	436,80			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	143,60			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	368,75			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
	X	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO Per seduta e per focolaio trattato	51,65			Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad es. il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente anche se trattati con campi diversi). Localizzazione metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta.
		92.28	***INIEZIONE O INSTILLAZIONE DI RADIOISOTOPI*** Endocavitari, endovenosi				
	X	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq	67,60			La prestazione deve intendersi erogabili nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
	X	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi	14,20			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
	X	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	180,00			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
	X	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq	526,80			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	X	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185 MBq successivi	219,50			La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
*	X	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	826,35		La prestazione è indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone né mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo	La prestazione deve intendersi erogabile nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione
		92.29	***ALTRE PROCEDURE RADIOTERAPEUTICHE***				
	X	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con simulatore radiologico (intero trattamento)	54,25			
	X	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con TC simulatore o TC In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento)	98,15			
	X	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	129,10			
	X	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti	23,85			
	X	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	90,40			
	X	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO Controllo fisico della ripetibilita' del trattamento Controllo fisico per radioprotezione	11,15			
	X	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	47,50			
	X	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (intero trattamento)	101,45			
	X	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	86,90			
		93	**TERAPIA FISICA, TERAPIA RESPIRATORIA, RIABILITAZIONE E PROCEDURE CORRELATE**				
	L		PACCHETTI AMBULATORIALI COMPLESSI DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA		DGR 595/2005	I pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitativa sono da erogarsi nelle modalità previste in allegato	
I *	L	93.01.5	VALUTAZIONE DIETETICA	7,75		La prestazione è indicata in caso di : diabete mellito, Fibrosi cistica del pancreas, Epatite cronica attiva, Cirrosi epatica e biliare primitiva, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, Insufficienza renale cronica Fetilchetonuria	La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una “prestazione accessoria erogata all’interno della visita specialistica e all’interno dello stesso locale” . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell’impegnativa la cui necessita’ emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell’attivita’ ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e’ registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell’attivita’, della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			Escluso: stesura di programma nutrizionale (93.89.5) Incluso: controllo terapia dietetica			ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione	
	P	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	7,75			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
I	L	93.07.1	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA Valutazione della composizione corporea con metodo antropometrico e plicometrico	7,75			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	O	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)	15,50			
	O	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA Densità delle fibre	15,50			
	O	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Esame ad ago	15,50			
	OY	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	15,50			
	LO	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,35			
	O	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon Incluso: EMG	10,35			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	O	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE Incluso: EMG	10,35			
	O	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA Incluso: EMG	10,35			
	LO	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	10,35			
	LO	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	10,35			
	L	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute) escluso: Prestazione effettuata con drenaggio posturale (93.99)	10,35			è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione. istituzioni operanti ex art.26 L. 833/78, la cui tariffa è oggetto di apposito provvedimento
	L	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	3,35			è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione. istituzioni operanti ex art.26 L. 833/78, la cui tariffa è oggetto di apposito provvedimento
	S	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito	7,25			
	1	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE - agopuntura con moxibustione (ago riscaldato con bastoncino di moxa o con conetto, moxibustione, associata su altre zone; per seduta, ciclo: fino ad un max di 2 prestazioni	12,80			
	B	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	19,10			La tariffa non si riferisce a prestazione analoga erogata dalle istituzioni operanti ex art.26 L. 833/78, la cui tariffa è oggetto di apposito provvedimento
	L	93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale per seduta collettiva (min. 5 paz.) (ciclo di 18 sedute)	6,80	GR 207/99		
*	E	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	9,80		La prestazione è indicata in caso di: Linfedema, Stasi venosa, Elefantiasi, Mastectomia, Ingorghi linfatici, Trattamenti radioterapici	La prestazione è riferita ai seguenti segmenti corporei: colonna cervicale, dorsale, lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro.
			Per seduta (30 minuti ciascuna)				Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
	A	93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	3,60			La prestazione è riferita ad applicazioni oltre che sui segmenti corporei (colonna cervicale, dorsale, lomabare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro) anche sulle grandi articolazioni (caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla) Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
	S	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI Trazione: con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcella	3,85			
I	L	93.49.2	COSTRUZIONE DI SPLINT STATICO (Compreso materiale)	12,90			
	S	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	31,00			
	S	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO Applicazione di: collare cervicale Minerva gessata supporto sagomato del collo (solo supporti modellati sul paziente)	31,00			
	S	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO Busto gessato	31,00			
	S	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	7,75			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
			Antibraccio-mano Gamba e piede				
	S	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	13,60			
	S	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	25,20			
	S	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	18,90			
	S	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	12,60			
	S	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	22,70			
	S	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	11,60			
	S	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE Applicazione di stecca di Zimmer	5,85			
	SZ	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	3,85			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	S	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	25,20			
	S	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	21,35			
	S	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	7,75			
	S	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	13,60			
	S	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	21,35			
	S	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO Desault, So-Bar	17,45			
	D	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute)	9,70	GR 802/99		
I	L	93.59.1	COSTRUZIONE SPLINT DINAMICO (Compreso materiale)	20,65			
	Z	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO per seduta individuale (ciclo di dieci sedute)	8,40			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
	Z	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO per seduta collettiva (ciclo di dieci sedute)	2,05			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
I *	L	93.89.5	TERAPIA DIETETICA Per seduta individuale di 50 min. Stesura del programma nutrizionale Incluso: valutazione dietetica se contestuale alla stesura del programma nutrizionale	10,35		La prestazione è indicata in caso di : diabete mellito, Fibrosi cistica del pancreas, Epatite cronica attiva, Cirrosi epatica e biliare primitiva, Rettocolite ulcerosa, Morbo di Crohn, Insufficienza renale cronica Fetilchetonuria ed errori congeniti del metabolismo, Ipercolesterolemia familiare, Gravidanza ad alto rischio (diabete gestazionale, gestosi), Morbo celiaco, altre forme di grave malnutrizione	
I	L	93.89.6	TERAPIA EDUCAZIONALE STOMIZZATI incluso: addestramento all'uso di protesi, controllo di stomia e irrigazione colostomia	9,30	GR 153/98		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	V	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE Per seduta	5,85			
	U	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Aerosolterapia per seduta (ciclo di dieci sedute)	2,05			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
*	A	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA Per seduta, comprensiva delle visite specialistiche connesse all'effettuazione dell'intero ciclo di prestazioni (fino ad un max di dodici sedute) Escluso: Ossigenazione locale di ferita	67,15	GR 1492/97 GR 153/98 GR 432/98 GR 1500/99 GR 268/2002	La prestazione è indicata in presenza di seguenti patologie: Embolia gassosa arteriosa, Malattia da decompressione subacquea, Intossicazione da monossido di carbonio e, nell'ambito degli appositi protocolli (del.1500/99), per: Gangrena gassosa da germi anaerobi, Lesioni radionecrotiche-ostioradionecrosi e radionecrosi dei tessuti molli, Ischemia traumatica acuta o sindrome da schiacciamento, Osteomielite refrattaria croniche, Trapianti cutanei a rischio, Infezioni necrotizzanti dei tessuti molli da flora batterica mista, Piaghe torbide da insufficienza venosa ed arteriosa e da lesioni termiche, Piede diabetico gangrenoso, Ipoacusia improvvisa e trauma acustico.Malattia di Meniere, Osteonecrosi asettica della testa del femore.	La tariffa remunera la prestazione indipendentemente dalla sua durata da intendersi comunque non inferiore a 60 minuti
	V	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale (compreso rieducazione respiratoria) Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10,35			Il codice identifica la prestazione in seduta singola. Tra parentesi è indicato il ciclo riconosciuto significativo al fine di garantire l'efficacia della prestazione.
	V	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI Per seduta	7,75			
		94	**PROCEDURE RELATIVE ALLA PSICHE**				
	W	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	9,70			
	OW	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET Incluso: Test intellettivi per l'età evolutiva	15,50			
	OW	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,85			
	OW	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	5,85			
	OW	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	5,85			
	OW	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	5,85			
	W	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	7,75			
	O	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	27,10			
	W	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	5,85			
	W	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	5,85			
	W	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO per seduta (ciclo massimo di otto)	18,10	GR 1216/2004		
	W	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Visita psichiatrica o neuropsichiatrica infantile di controllo	12,90			
	W	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO Colloquio psichiatrico o di neuropsichiatria infantile per seduta (ciclo massimo di otto)	18,10	GR 1216/2004		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	W	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE per seduta (ciclo massimo di otto)	19,35	GR 1216/2004		
	A	94.32	IPNOTERAPIA per seduta (ciclo massimo di otto) Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	15,50	GR 1216/2004		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	W	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Psicoterapia familiare o di coppia Per seduta (ciclo massimo di otto)	23,25	GR 1216/2004		
	W	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante (ciclo massimo di otto)	9,70	GR 1216/2004		
		95	**DIAGNOSI E TRATTAMENTI OFTALMOLOGICI O OTOLOGICI**				
	P	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO Esame dell'occhio con prescrizione di lenti	13,25			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	P	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	18,60			La prestazione include l'eventuale prescrizione di lenti
	P	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	58,10			
	P	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica	16,80			
	P	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	7,75			
	P	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	7,75			
	P	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	7,75			
	P	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	7,75			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	P	95.09.2	ESOFTALMOMETRIA	7,75			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	P	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	7,75			
	P	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio	3,85			
	P	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	3,85			
	P	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE ANGIOGRAFIA IRIDEA	46,50	GR 268/2002		
I	P	95.12.1	ANGIOGRAFIA CON INDOCIANINA	220,00	GR 268/2002		
	P	95.13	ECOGRAFIA OCULARE Ecografia Ecobiometria	19,35			
	P	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	38,75			
	P	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE Con conta cellule endoteliali	31,00			
	H	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	15,50			
	P	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	15,50			
I	P	95.17	TOMOGRAFIA A COERENZA OTTICA, ANALIZZATORE RETINICO	90,00	GR 268/2002		
	P	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO Test di Hess - Lancaster Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)	7,75			
	P	95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	33,55			
	P	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	33,55			
	P	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	23,25			
	P	95.23.1	INTERFEROMETRIA	7,75			
	U	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	18,25			
	U	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	26,00			
	P	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	31,00			
	P	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	7,75			
	P	95.35	TRAINING ORTOTTICO Per seduta	5,40			
	U	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	9,75			
	U	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	9,75			
	U	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	20,65			
	U	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	11,95			
	U	95.42	IMPEDENZOMETRIA	8,70			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	U	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi feedbak ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber	25,30			
	U	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche	16,25			
	U	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni spontanei	16,25			
	U	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	32,55			
	U	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Prove audiometriche sopraliminari	16,25			
	U	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS	12,90			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	U	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO Audiometria tonale protesica Audiometria vocale protesica Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	11,95			
	U	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	9,75			La procedura non è tariffata quando erogata contestualmente alla visita generale specialistica. Per contestualità si intende una "prestazione accessoria erogata all'interno della visita specialistica e all'interno dello stesso locale" . Trattasi di prestazioni accessorie di primo livello anche non richieste nell'impegnativa la cui necessita' emerge nel corso della visita specialistica. Le stesse prestazioni sono compatibili con la visita come tempi di erogazione, in termini di organizzazione dell'attivita' ambulatoriale e sono erogate dallo stesso medico specialista che esegue la visita. La prestazione, rientrando interamente nella visita specialistica, non e' registrabile in nessun caso ai fini della prenotazione, della valorizzazione dell'attivita', della tariffazione e dei flussi informativi.. La prestazione rientra solo nella visita specialistica specifica per branca di appartenenza
	U	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	12,30			
	U	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	23,70			
	U	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	19,50			
		96	***INTUBAZIONI E IRRIGAZIONI NON OPERATORIE***				
	T	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	9,70			
	T	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	9,70			
A	CJ	96.22	DILATAZIONE DELL'ANO- RETTO (senza endoscopia)	9,70	GR 268/2002		la prestazione accorpa anche la prestazionedi cui all'ICD-IX-CM 96.23

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	C	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	11,60			
	C	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	11,60			
	RY	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA Instillazione di supposta prostaglandinica Instillazione di chemioterapici intravescicali per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto)	9,70	GR 802/99		
	P	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO Irrigazione corneale Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)	3,85			
	U	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	7,75			
	Q	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	28,50	CR163/2003	prestzione erogta quando richiesta insieme ad altra prestazioni finalizzate alla realizzazione del piano di cura in corso	CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	21,40	CR163/2003	erogate a soggetti < 14 anni con specifiche indicazioni cliniche	CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE Per seduta	14,25	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	M	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	15,50			
	UZ	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA Pulizia di ferita NAS per seduta (ciclo fino ad un massimo di otto sedute) Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)	3,85	GR 802/99		
I *	Z	96.61	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA Per giornata di terapia	31,00		La prestazione è indicata per pazienti non in grado di assumere l'apporto minimo nutrizionale nei casi di: Sindrome da intestino corto temporaneo o permanente, Malattie infiammatorie dell'apparato digerente acute o croniche, Fistole digestive, Malassorbimento, Neoplasie dell'apparato digerente, Anomalie intestinali congenite, Altre forme morbose con grave compromissione metabolica o nutrizionale	La prestazione è comprensiva di tutti i materiali e prodotti utilizzati nella terapia
		97	**SOSTITUZIONE E RIMOZIONE DI SUSSIDIO TERAPEUTICO**				
	S	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati	9,70			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	M	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	15,50			
	Q	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE Rimozione di corona isolata, Rimozione di elemento protesico	16,65	CR163/2003		La prestazione è erogata con partecipazione alla spesa equivalente all'intera tariffa
	T	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	9,70			
	M	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	9,70			
	S	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE Rimozione di supporto, gesso, stecca	9,70			
		98	**RIMOZIONE NON OPERATORIA DI CORPO ESTRANEO O CALCOLO**				
	Q	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA senza incisione	28,50	CR163/2003		La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
A	J	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, STOMACO, INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	61,95	GR 268/2002		la prestazione accorpa anche la prestazione di cui all'ICD-IX-CM 98.02
	J	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	29,45			
	U	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE	8,40			
	U	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE	8,40			
	U	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE	15,15			
	U	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE Incluso: Laringoscopia	15,15			
	V	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE	18,50			
	T	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE Incluso: Isteroscopia Escluso: Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	23,50			
	T	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE	10,05			
	C	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	10,05			
	Y	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE Incluso: Uretroscopia	35,80			

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
	C	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	7,75			
	P	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	7,75			
	C	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione	7,75			
	T	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE	7,75			
	Y	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	7,75			
	C	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE	7,75			
	C	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	7,75			
	C	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	7,75			
	C	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	7,75			
	C	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE	7,75			
I	J Y	98.5	LITROTRIPSIA EXTRACORPOREA	150,00	GR 492/2004		
		99	**ALTRE PROCEDURE NON OPERATORIE**				
	K	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	11,60			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
H	K	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	25,80			
		99.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE Incluso: Iniezione o infusione somministrata per via: ipodermica, intramuscolare, endovenosa. Con azione locale o sistemica				
	Z	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione per somministrazione (ciclo fino ad un massimo di 12 somministrazioni)	11,60	GR 1492/97		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Z	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	11,60			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Z	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	11,60			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
I *	Z	99.15.1	NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE per giornata di terapia	92,95		La prestazione è indicata per pazienti non in grado di assumere l'apporto minimo nutrizionale nei casi di: Sindrome da intestino corto temporaneo o permanente, Malattie infiammatorie dell'apparato digerente acute o croniche, Fistole digestive, Malassorbimento, Neoplasie dell'apparato digerente, Anomalie intestinali congenite, Altre forme morbose con grave compromissione metabolica o nutrizionale	La prestazione è comprensiva di tutti i materiali e prodotti utilizzati nella terapia

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		99.2	**INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE** Incluso: Iniezione o infusione somministrata per via: ipodermica, intramuscolare, endovenosa. Con azione locale o sistemica Utilizzare un codice aggiuntivo per: iniezione all'interno di: cavita' toracica (34.92) cavità intraperitoneale (54.97) articolazioni (81.92) Escluso: Iniezione di radioisotopi (92.28)				
	R	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,70			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	R	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	11,60			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
I	Z	99.24.2	INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE FARMACEUTICHE NAS	3,10	GR.207/99		La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	R	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	400,00	GR 1394/2003		La tariffa è comprensiva del costo del farmaco
	N	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	10,05			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	BE	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	10,05			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	6,45			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	6,45			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	7,75			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	S	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	7,75			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
*	A	99.29.7	MESOTERAPIA	6,70		La prestazione è indicata per patologie osteoarticolari	La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	Y	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	7,75			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
	O	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	9,70			La tariffa non è comprensiva del costo del farmaco
		99.7	**AFERESI TERAPEUTICA**				
H	K	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	439,00			
H	K	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	402,85			
H	K	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	373,40			
H	K	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE per seduta (ciclo di sei sedute)	43,90			
H	K	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00			
R H I *	K	99.79.1	LDL AFERESI SELETTIVA	929,60	GR 1492/97	La prestazione è indicata nei casi gravi di ipercolesterolemia familiare omozigote od eterozigote e altre ipercolesterolemie congenite resistenti alla terapia dietetica e plurifarmacologica	
H I	K	99.79.2	AFERESI DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	413,15			
		99.8	**MISCELLANEA DI PROCEDURE FISICHE**				
	F	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Fototerapia (UVA, UVB) Per seduta (ciclo di sei sedute)	1,55	GR 207/99		La prestazione è riferita ad applicazioni oltre che sui segmenti corporei (colonna cervicale, dorsale, lomabare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro) anche sulle grandi articolazioni (caviglia, ginocchio, anca, polso, gomito, spalla)
I	F	99.82.1	FOTOCHEMIOTERAPIA Puva terapia Per seduta (ciclo di sei sedute)	7,75	GR 207/99		
	X	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore	65,80			
H	K	99.88	FOTOFERESI TERAPEUTICA Fotochemioterapia extracorporea, fotoferesi extracorporea Escluso: Altra fototerapia, terapia a luce ultravioletta (99.82)	413,15	GR 207/99		

NOTA	BRANCA	CODICE	DESCRIZIONE	TARIFFA	DELIBERA INTEGRATIVA	PRESTAZIONI EROGABILI SOLO CONFORMEMENTE ALLE SPECIFICHE INDICAZIONI CLINICO-DIAGNOSTICHE (Allegato 2 nomenclatore)	NOTE
		99.9	**ALTRE PROCEDURE VARIE**				
	A 1	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA incluso: elettroagopuntura, per seduta, (ciclo: fino ad un max di 4 prestazioni)	9,70			
	A 1	99.92	ALTRA AGOPUNTURA - agopuntura, auricoloterapia, craniopuntura, fior di prugna, sanguinamento, coppetazione, moxibustione (solo se non associata ad agopuntura) Escluso: quella con moxa revulsivante (93.35.1); per seduta (ciclo: fino ad un max di 4 prestazioni)	8,50			
	Y	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	5,85			
	Y	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	5,85			
	Q	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	64,15	CR163/2003		CRITERI DI ACCESSO:condizioni di tipo sociale legate a basso reddito (nucleo familiare inferiore a 11.362,05) e a condizioni di marginalità e/o esclusione sociale;- condizioni di tipo sanitario in cui la condizione odontoiatrica aggrava o interferisce con la patologia tutelata (patologie croniche o rare); -soggetti non collaboranti (handicap) o a rischio. I medesimi soggetti sono tenuti a corrispondere una partecipazione alla spesa come da normativa vigente se non esenti. I rimanenti cittadini sono tenuti a corrispondere l'intera tariffa
	Q	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE ribassamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata , ricementazione di corona o ponte Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte	21,40	CR163/2003		La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell' assistito. La prestazione è erogata ai cittadini residenti . Si applica una partecipazione alla spesa come da normativa vigente.
	1	**C.1**	**MEDICINE COMPLEMENTARI**				
I	1	C89.7	VISITA SPECIALISTICA per agopuntura, fitoterapia, omeopatia, medicina manuale	18,60	DGR 655/05		
I	1	C.01	MANIPOLAZIONI DI MEDICINA MANUALE un distretto	18,60	DGR 655/05		non tariffabile quando eseguita contestualmente alla prestazione C89.7
I	1	C.02	MANIPOLAZIONI DI MEDICINA MANUALE di due o più distretti	36,00	DGR 655/05		non tariffabile quando eseguita contestualmente alla prestazione C89.7
I	1	C.03	ASSOCIAZIONE TECNICHE DIVERSE DI AGOPUNTURA (è compresa in questa prestazione l'associazione di più tecniche di cui ai codici 99.92 e 99.91 e 99.35.1) ciclo fino ad un max 2 prestazioni	18,60	DGR 655/05		non tariffabile in aggiunta alle prestazioni cod. 99.92 e 99.91 e 99.35.1