

Codice A14000

D.D. 16 giugno 2015, n. 371

**Approvazione del "Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e termali".**

Nell'ambito dell'attuazione delle previsioni della normativa vigente in materia di "Dematerializzazione della ricetta medica" (DM del 2.11.2011), che dispone in ordine alla graduale sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta dematerializzata, collocandosi nel contesto più ampio del sistema di monitoraggio della spesa sanitaria (all'art. 50 della legge n. 326 del 24/11/2003), il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) ha a suo tempo approvato il progetto SIRPE (Sistema Informativo Regionale Prescrizione Elettronica) della Regione Piemonte.

Il cronoprogramma di attuazione del succitato progetto, secondo le modalità indicate dai decreti e disciplinari pubblicati dal MEF nell'ambito del Progetto Tessera Sanitaria, prevede che il passaggio a regime della gestione in dematerializzata delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale avvenga entro il 2105, con l'avvio a regime di tutti i prescrittori del territorio a partire dal 1° ottobre 2015, e che per conseguire adeguatamente detto obiettivo si renda disponibile, a livello di singola regione, un "Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e termali", atto ad identificare in modo puntuale le relative singole prestazioni erogabili, anche ai fini della gestione in dematerializzata della presa in carico e dell'erogazione della prestazione da parte dei servizi sanitari delle altre regioni.

Con D.G..R n. 11- 6036 del 2 luglio 2013 la Giunta Regionale ha recepito il Decreto Ministero della Salute 18/10/2012 "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale", approvando l'aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche che vengono effettuate a livello ambulatoriale e non ambulatoriale o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzione specificatamente attribuite, erogabili nell'ambito del SSR, e di cui agli Allegati 1 e 2 al provvedimento stesso.

Tale nomenclatore regionale, pertanto, costituisce il riferimento per la definizione del succitato "Catalogo regionale delle prestazioni ambulatoriali e termali", cui debbono far ricorso i programmi informatici utilizzati dai medici del SSR titolari della funzione prescrittiva esercitata sia attraverso l'utilizzo del ricettario SSN, sia con l'utilizzo di impegnative interne al Presidio ospedaliero presso il quale gli stessi operano. In particolare ci si riferisce ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta, agli specialisti ambulatoriali interni, ai medici addetti alla continuità assistenziale (ex guardia medica), ai medici che operano nei reparti ed ambulatori degli Ospedali a gestione diretta e strutture ex art. 42 e 43 della L.833/78.

Al fine della stesura del Catalogo si è proceduto all'identificazione della prestazione come da nomenclatore regionale. Nei casi in cui le descrizioni delle prestazioni identificate dai codici 87.3 a 88.99.5, non incluse tra parentesi quadre "[...]", contengano le virgole, queste ultime distinguono i diversi distretti sui quali può essere eseguita la procedura in questione (come indicato da Circolare del Ministero della Sanità n. 100 del 1° aprile 1997).. In questi casi, pertanto, si è proceduto allo sdoppiamento individuando una sottocodifica della prestazione originaria.

Lo sdoppiamento delle prestazioni ha interessato, inoltre, - le prestazioni indicate nelle linee guida cui è possibile attribuire il codice della prestazione di riferimento (es: 88.95.A Colangio RM con m.d.c.: le linee guida indicano che il codice di tale prestazione è utilizzabile anche per Wirsung RM).

Alcune prestazioni presenti nel nomenclatore tariffario regionale di cui alla D.G.R n. 11/2013 possono essere erogate solo quale integrazione di altre prestazioni specificatamente identificate da codice nomenclatore. La caratteristica di queste prestazioni è tale per cui le stesse sono effettuate su base valutativa all'atto dell'erogazione della prestazione di riferimento. Da ciò ne consegue che non possono essere prescritte ma solo erogate.

L'utilizzo della ricetta elettronica e dematerializzata deve obbligatoriamente rispettare i criteri già utilizzati per la compilazione del modulario cartaceo SSN. A tal fine si richiama in particolare il vincolo dell'indicazione della diagnosi o del sospetto diagnostico, da indicare nell'apposito campo specifico, nonché dell'indicazione della classe di priorità (U – B – D – P). La mancata compilazione di questi campi non permetterà alla procedura di completare il processo di emissione della ricetta dematerializzata;

tutto ciò premesso,

#### IL DIRETTORE

visto il D. lgs. n.165 del 30 marzo 2001 e s.m.i. (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche);  
vista la L.R.r. n. 18 del 6 agosto 2007 (Norme per la programmazione socio-sanitaria e il riassetto del servizio sanitario regionale);  
vista la L.R. n. 23 del 28 luglio 2008 artt. 17 e 18 (Disciplina dell'organizzazione degli uffici regionali e disposizioni concernenti la dirigenza ed il personale);  
vista la D.G.R. n. 84-10526 del 29.12.2008,  
vista la D.G.R. n. 54 –4257 del 30.07.2012,  
vista la D.G.R. n.33-5087 del 18.12.2012,  
Vista la D.G.R n. 11- 6036 del 2 luglio 2013,  
vista la DGR n. 25 – 6992 del 30 dicembre 2013;

#### *determina*

- di approvare il “Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e termali”, di cui ai seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente atto:

Allegato A: recante le prestazioni da nomenclatore e le prestazioni ambulatoriali derivanti da trasformazione del regime assistenziale di erogazione da ricovero ad ambulatoriale ( D.G.R. n. 84-10526 del 29.12.2008, D.G.R. n. 54 –4257 del 30.07.2012, D.G.R. n.33-5087 del 18.12.2012), prescrivibili dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta, dagli specialisti ambulatoriali interni, dai medici addetti alla continuità assistenziale (ex guardia medica);

Allegato B: recante le prestazioni di cui al precedente Allegato A e le prestazioni di assistenza specialistica non classificabili come ambulatoriali, in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite (All. 2 alla D.G.R. n. 11-6036 del 2/07/2013);

Allegato C: contiene le prestazioni Termali prescrivibili dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta.

- di disporre che il succitato “Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e termali” entri in vigore a far data dal 1 ottobre 2015;

- di dare atto che l'approvazione del "Catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale e termali" non comporta nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio regionale.

La presente Determinazione verrà pubblicata sul B.U. della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della l.r. 22/2010.

Avverso la presente determinazione è ammesso ricorso al T.A.R. entro il termine di 60 giorni, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di 120 giorni. In entrambi i casi il termine decorre dalla data di pubblicazione della determinazione sul BURP.

La presente determinazione non è soggetta a pubblicazione sul sito della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 26 comma 3, del D.Lgs. 33/2013 ai fini della "Trasparenza, valutazione e merito" dei seguenti dati.

Il Direttore Regionale  
Fulvio Moirano

Allegato

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	01	8901.01	Visita allergologica di controllo	Visita di controllo Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita. La documentazione esistente viene aggiornata.	S	S			12,9	S		01	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	01	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Trattasi di visita multidisciplinare in cui il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	S	S			46,5	S		01	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	01	89.12	Rinomanometria	Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. Nel caso di esecuzione della rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene si utilizza il codice 89.12.A	S	S			13,9	S		01	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria
1	01	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	Esame rinomanometrico associato al test di stimolazione nasale con allergene	S	S			120		S	01	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE
1	01	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	S	S			23,2	S		01	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
1	01	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	S	S			37,2	S		01	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
1	01	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	Curva dose-risposta - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13. Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico aspecifico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	S	S			55,8	S		01	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13
1	01	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Il test si esegue facendo inalare una sostanza specifica/allergene in polvere o soluzione. Per singolo stimolo si intende la singola sostanza. Il test con materiale d'uso professionale non è previsto come ambulatoriale. Vanno eseguite spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8 misure valide. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 8 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) o congiun	S	S			46,5	S		01	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4
1	01	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -		S	S			23,2	S		01	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -
1	01	897.00	VISITA ALLERGOLOGICA - Visita specialistica, Prima visita		S	S			20,7	S		01	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	01	89721.0	Visita allergologica di controllo e VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nel caso di farmaco allergia o sindromi complesse (più sindromi riscontrate contemporaneamente). La corretta compilazione del campo anamnesi giustifica la sostituzione di questa prestazione a quella con codice 8897.00 (visita allergologica)		S			48,7		S	01	89.7.2	VALUTAZIONE CLINICA
1	01	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		S	S			2,6	S		01	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
1	01	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermatografismo/sfregamento (punta smussa, adeguata pressione e lettura a 10' e 30") o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" 5" e relativa lettura a 30"	S	S			6	S		01	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE
1	01	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera una prestazione ogni seduta test con 7 allergeni inalabili e/o alimentari più i controlli positivo e negativo. Consiste nell'applicare le gtt di allergene ed eseguire la lettura dopo circa 20 minuti.	S	S			11,6	S		01	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI
1	01	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, 25/30, lasciati in situ per 48 ore, e successiva lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	S	S			32,5	S		01	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	01	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	SSI intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	S	S			23,2	S		01	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA
1	01	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA ORALE PER ALIMENTI, FARMACI ED ADDITIVI.	Il test è completo, e si rileva come prestazione, dopo: 1) somministrazione di una singola dose di allergene (capsule/soluzione) o di placebo; 2) trascorso il periodo di osservazione di alcune ore (non inferiore ad un'ora). Sono test di tolleranza/scatenamento in vivo eseguibili in aperto, cieco, doppio cieco, secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	S	S			7,8		S	01	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA ORALE PER ALIMENTI, FARMACI ED ADDITIVI.
1	01	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI	Il test si rileva come prestazione ogni 6 sostanze testate oltre ai controlli positivi e negativi e si effettua secondo le indicazioni dei protocolli regionali.	S	S			18,6		S	01	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI
1	01	91.90.B	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	Consiste nell'applicare una sostanza aptenica/allergenica sulla faccia volare dell'avambraccio senza occlusione e senza utilizzo di apparati testanti. Sostanze da applicare e criteri di lettura secondo letteratura.	S	S			6,7		S	01	91.90.B	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)
1	01	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	S	S			1,1	S		01	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO
1	01	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	Consiste nella somministrazione di un estratto allergene specifico (acquoso o ritardato) a dosi crescenti o ripetute nel tempo. La prestazione prevede le valutazioni cliniche necessarie per individuare eventuali controindicazioni temporanee alla somministrazione della terapia. Si utilizza questo codice per una somministrazione di estratto per vaccino terapia. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	S	S			11,6	S		01	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione
1	01	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -	Somministrazione per via iniettiva di modificatori biologici della risposta immunitaria (diversi dai vaccini antiallergici) quali ad esempio gli anticorpi monoclonali anti IgE. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	S	S			11,6	S		01	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -
1	05	8901.32	Visita angiologica di controllo		S	S			12,9	S		05	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	05	897.28	VISITA SPECIALISTICA ANGIOLOGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		05	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	07	8901.33	Visita cardiocirurgica di controllo		S	S			12,9	S		07	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	07	897.29	VISITA SPECIALISTICA CARDIOCHIRURGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		07	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		S	S			59,3	S		08	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
1	08	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		S	S			59,3	S		08	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
1	08	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	S	S			8,7	S		08	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)
1	08	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		S	S			46	S		08	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88.71.3	Color Doppler transcranico (TCCD)		S	S			49,1	S		08	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -
1	08	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA - Ecocardiografia transesofagea	Con o senza contrastografia. La prestazione comprende preliminarmente la valutazione clinica della sussistenza delle indicazioni risultanti dalla prescrizione.	S	S			77,5	S		08	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA - Ecocardiografia transesofagea
1	08	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		S	S			41,3	S		08	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	08	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	S	S			71,8		S	08	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA
1	08	88.72.7	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	L'esame deve comprendere: 1- la valutazione clinica preliminare delle indicazioni e controindicazioni. 2- Monitorizzazione ECG grafica continua. 3 - Controllo pressorio. 4 - controllo continuo ecocardiografico. Il referto deve essere completato dalla interpretazione dei dati conseguiti.	S	S			109,5		S	08	88.72.7	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA
1	08	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			24,8	S		08	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88772.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ( CELIACO-MESENTERICO, ILIACO CAVALE, FEGATO, PARTI MOLLI ), ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -		S	S			23,2	S		08	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	08	8901.02	Visita cardiologica di controllo	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			12,9	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	08	8901.03	Visita cardiocirurgica di controllo	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			12,9	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	08	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	S	S			55,8	S		08	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
1	08	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -		S	S			18,6	S		08	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -
1	08	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	S	S			55,8	S		08	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
1	08	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo		S	S			55,8	S		08	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo
1	08	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	S	S			83,7	S		08	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.
1	08	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	S	S			23,2	S		08	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -
1	08	89721.0	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE ed ECG	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente. ECG Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	N	S			57,1		S	08	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
1	08	89.50	ECG dinamico 24 ore - (holter)	L'esame deve comprendere monitoraggio dinamico ECG continuo di 24 ore con metodica HOLTER	S	S			62	S		08	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)
1	08	89.52	ECG			S			11,6	S		08	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -
1	08	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia		S	S			46,5	S		08	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia
1	08	89.54.1	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP		S	S			45		S	08	89.54.1	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP
1	08	89.54.2	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI		S	S			37,7		S	08	89.54.2	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI
1	08	89.54.3	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE		S	S			22,8		S	08	89.54.3	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE
1	08	89.54.4	ECG TRANSESOFA GEO		S	S			77		S	08	89.54.4	ECG TRANSESOFA GEO
1	08	89.54.5	ECG TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO		S	S			142,6		S	08	89.54.5	ECG TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO
1	08	89581.0	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		08	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	08	89581.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		08	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			27,9	S		08	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		08	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	08	89584.0	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		08	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)
1	08	89584.1	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		08	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)
1	08	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)		S	S			27,9	S		08	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)
1	08	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			20,7	S		08	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		08	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	08	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		S	S			18,6	S		08	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -
1	08	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -	Tilting test - con o senza prove farmacologiche	S	S			41,3	S		08	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -
1	08	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	L'esame deve comprendere il monitoraggio pressorio ed il giudizio medico relativo	S	S			41,3	S		08	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -
1	08	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		S	S			46,5	S		08	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -
1	08	897.01	Visita cardiologica - Visita specialistica, Prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			20,7	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	897.02	Visita cardiocirurgica - Visita specialistica, Prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			20,7	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		S	S			10,1	S		08	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -
1	09	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		S	S			73,8	S		09	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei
1	09	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		S	S			60,8	S		09	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide
1	09	06.11.2	Agobiopsia tiroidea	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		09	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	09	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -		S	S			93,9	S		09	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -
1	09	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile		S	S			180,7	S		09	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile
1	09	34.91	Toracentesi		S	S			111,6	S		09	34.91	TORACENTESI -
1	09	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		S	S			198,4	S		09	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata
1	09	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari		S	S			58,5	S		09	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari
1	09	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		S	S			83	S		09	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)
1	09	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		S	S			146,4	S		09	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)
1	09	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -		S	S			48,9	S		09	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -
1	09	48.35	Asportazione locale lesione o tessuto del retto		S	S			41,9	S		09	48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale
1	09	49.01	Incisione di ascesso perianale		S	S			41,9	S		09	49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE -
1	09	49.02	Incisione ascesso perianale, undercutting		S	S			41,9	S		09	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)
1	09	49.11	Fistulotomia anale - extrasfinterica		S	S			41,9	S		09	49.11	FISTULOTOMIA ANALE - Extrasfinterica
1	09	49.23	Biopsia dell' ano		S	S			33,3	S		09	49.23	BIOPSIA DELL' ANO -
1	09	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica		S	S			50,2	S		09	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	09	49.39	Asportazione o demolizione di ragadi anali		S	S			50,2	S		09	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)
1	09	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI -		S	S			16,5	S		09	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI -
1	09	49.45	Legatura delle emorroidi		S	S			50,2	S		09	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI -
1	09	49.46	Asportazione delle emorroidi		S	S			50,2	S		09	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI - Emorroidectomia NAS
1	09	49.47	Rimozione di emorroidi trombizzate		S	S			50,2	S		09	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE -
1	09	49.59	Divulsione anale esplorativa		S	S			50,2	S		09	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna)
1	09	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato		S	S			108,5	S		09	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato
1	09	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		S	S			216,9	S		09	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata
1	09	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		S	S			216,9	S		09	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC
1	09	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -		S	S			29,3	S		09	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -
1	09	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)		S	S			86,8	S		09	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)
1	09	54.91	Drenaggio percutaneo addominale - paracentesi		S	S			34,9	S		09	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)
1	09	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		S	S			154,9	S		09	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	09	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)		S	S			40,2	S		09	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)
1	09	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)		S	S			46,9	S		09	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)
1	09	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI		S	S			66,4	S		09	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI
1	09	83.31	Asportazione cisti sinoviale o tendinea radicale		S	S			40,2	S		09	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano
1	09	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)		S	S			7	S		09	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)
1	09	85.0	Mastotomia		S	S			35,8	S		09	85.0	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mastotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi
1	09	85.11	Agobiopsia mammaria (biopsia mammaria)		S	S			34,7	S		09	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA -
1	09	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		S	S			52,1	S		09	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella
1	09	85.20	Incisione per mastite o ascesso mammario		S	S			35,8	S		09	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS - Incisione di ascesso mammario
1	09	85.21	Asportazione tumori benigni mammella		S	S			35,8	S		09	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA - Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)
1	09	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	S	S			44,6	S		09	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata
1	09	86.01	Aspiraz. cute e sottocute (ascesso,ematoma,siero)		S	S			9,4	S		09	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma
1	09	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -		S	S			18,6	S		09	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -
1	09	86.03	Incisione di cisti o seno pilonidale		S	S			31,6	S		09	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione
1	09	86.04	Incisione-drenaggio cute sottocute,svuot. ematomi		S	S			44,6	S		09	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	09	86.05.1	Estrazione di corpo estraneo profondo)		S	S			44,6	S		09	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)
1	09	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		S	S			19,5	S		09	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -
1	09	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 (matr		S	S			20,4	S		09	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 (matr
1	09	86.23	Asportazione di unghia incarnita onicectomia		S	S			30,7	S		09	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE -
1	09	86.27	Curettaggio unghia,matrice o plica ungueale		S	S			20,4	S		09	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)
1	09	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)		S	S			10,1	S		09	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)
1	09	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -		S	S			27,2	S		09	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -
1	09	8901.04	Visita chirurgica generale di controllo - visita successiva alla prima ( comprende anche la visita proctologica )		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	897.03	Visita chirurgica generale -Visita specialistica, Prima visita ( compresa visita proctologica)		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	09	96.22	Dilatazione retto (colonscopia dilatazione bassa)		S	S			9,7	S		09	96.22	DILATAZIONE DEL RETTO -
1	09	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -		S	S			9,7	S		09	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -
1	09	96.26	Riduzione manuale di prolasso rettale		S	S			11,6	S		09	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE -
1	09	96.27	Riduzione manuale di ernia intasata per taxis		S	S			11,6	S		09	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA -
1	09	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -		S	S			10,1	S		09	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -
1	09	98.20	Rimozione corpo estraneo nas		S	S			7,8	S		09	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS -
1	09	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO,SENZA INCISIONE - Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione		S	S			7,8	S		09	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO,SENZA INCISIONE - Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione
1	09	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -
1	09	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -
1	09	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -
1	09	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -
1	09	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -
1	10	8901.34	Visita chirurgico maxillo facciale di controllo		S	S			12,9	S		10	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	10	897.30	VISITA SPECIALISTICA CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE. Prima visita		S	S			20,7	S		10	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	12	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -		S	S			9	S		12	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -
1	12	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 (matr		S	S			20,4	S		12	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 (matr
1	12	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		S	S			8,6	S		12	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	12	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		S	S			20,4	S		12	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)
1	12	86.4	Asportazione radicale di lesione della cute		S	S			34,1	S		12	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti
1	12	86.59.1	Toeletta e sutura di ferita del volto		S	S			34,1	S		12	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO -
1	12	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)		S	S			10,1	S		12	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)
1	12	86.59.3	Altra sutura estetica di ferita in altri distretti		S	S			13,7	S		12	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO -
1	12	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina		S	S			247,9	S		12	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina
1	12	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		S	S			309,8	S		12	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo
1	12	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	La prestazione è assicurata esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dal protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007).	S	S			90		S	12	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale
1	12	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		S	S			247,9	S		12	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo
1	12	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		S	S			371,9	S		12	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
1	12	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -		S	S			371,9	S		12	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -
1	12	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita		S	S			371,9	S		12	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita
1	12	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo		S	S			495,8	S		12	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo
1	12	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO - Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)		S	S			309,8	S		12	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO - Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)
1	12	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano		S	S			309,8	S		12	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano
1	12	8901.05	Visita chirurgica plastica di controllo		S	S			12,9	S		12	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	12	897.04	Visita chirurgica plastica - prima visita		S	S			20,7	S		12	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	12	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI -		S	S			9,7	S		12	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI -
1	13	8901.35	Visita di controllo chirurgia torcica		S	S			12,9	S		13	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	13	897.31	VISITA SPECIALISTICA CHIRURGIA TORACICA. Prima visita		S	S			20,7	S		13	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)		S	S			59,3	S		14	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)
1	14	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)		S	S			59,3	S		14	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)
1	14	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali		S	S			251	S		14	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali
1	14	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		S	S			31	S		14	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)
1	14	39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti		S	S			8,7	S		14	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	14	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		S	S			46	S		14	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88.71.3	Color Doppler transcranico (TCCD)		S	S			49,1	S		14	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -
1	14	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		S	S			32	S		14	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
1	14	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			24,8	S		14	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88772.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ( CELIACO-MESENERICO, ILIACO CAVALE, FEGATO, PARTI MOLLI ), ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88773.0	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			23,2	S		14	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	14	88773.1	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			23,2	S		14	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	14	8901.06	Visita angiologica di controllo		S	S			12,9	S		14	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	14	8901.07	Visita chirurgica vascolare di controllo		S	S			12,9	S		14	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	14	89581.0	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		14	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89581.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		14	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			27,9	S		14	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		14	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	14	89584.0	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		14	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)
1	14	89584.1	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		14	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)
1	14	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)		S	S			27,9	S		14	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)
1	14	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			20,7	S		14	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		14	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	14	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		S	S			18,6	S		14	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -
1	14	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		S	S			46,5	S		14	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -
1	14	897.05	Visita angiologica - prima visita		S	S			20,7	S		14	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	897.06	Visita chirurgica vascolare - prima visita		S	S			20,7	S		14	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		S	S			10,1	S		14	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -
1	18	8901.36	Visita ematologica di controllo		S	S			12,9	S		18	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	18	897.32	VISITA SPECIALISTICA EMATOLOGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		18	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	19	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		S	S			60,8	S		19	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide
1	19	06.11.2	Agobiopsia tiroidea	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		19	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	19	88714.0	Ecografia del collo per linfonodi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		19	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	19	88714.1	Ecografia ghiandole salivari	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		19	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	19	88714.2	Ecografia tiroide - paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		19	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	19	8901.08	Visita endocrinologica di controllo		S	S			12,9	S		19	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	19	897.07	Visita endocrinologica - Prima Visita		S	S			20,7	S		19	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	20	8901.37	Visita immunologica di controllo		S	S			12,9	S		20	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	20	897.33	VISITA SPECIALISTICA IMMUNOLOGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		20	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	21	8901.38	Visita geriatrica di controllo		S	S			12,9	S		21	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	21	897.34	VISITA SPECIALISTICA GERIATRICA. Prima visita		S	S			20,7	S		21	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	24	8901.39	Visita di controllo per le malattie infettive e tropicali		S	S			12,9	S		24	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	24	897.35	VISITA SPECIALISTICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI. Prima visita		S	S			20,7	S		24	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	26	8901.40	Visita di controllo di medicina generale		S	S			12,9	S		26	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	26	897.36	VISITA MEDICINA GENERALE. Prima visita		S	S			20,7	S		26	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	29	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		S	S			258,2	S		29	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio
1	29	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		S	S			154,9	S		29	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO
1	29	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			129,1	S		29	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
1	29	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		S	S			103,3	S		29	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE
1	29	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cell	S	S			165,3	S		29	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI
1	29	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	S	S			232,4	S		29	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata
1	29	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			206,6	S		29	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata
1	29	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	S	S			258,2	S		29	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.
1	29	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		S	S			258,2	S		29	39.95.8	EMOFILTRAZIONE
1	29	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	S	S			206,6	S		29	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista
1	29	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata	S	S			172,3		S	29	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	29	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata	S	S			136,7		S	29	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI in assistenza domiciliare
1	29	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			267,3		S	29	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata
1	29	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			267,3		S	29	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata
1	29	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA		S	S			17,5	S		29	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA
1	29	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOEPITONIALE Inserzione di catetere permanente per dialisi		S	S			104,6	S		29	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOEPITONIALE Inserzione di catetere permanente per dialisi
1	29	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	S	S			54,7	S		29	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)
1	29	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	S	S			46,5	S		29	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)
1	29	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, DOMICILIARE, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	S	S			83,2		S	29	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, DOMICILIARE, APD
1	29	54.98.4	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE IPD	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	S	S			178,2		S	29	54.98.4	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE IPD
1	29	54.98.5	DIALISI PERITONEALE	prestazione da utilizzare in aggiunta in caso di utilizzo di soluzioni alternative al glucosio (1 al giorno)	S	S			6		S	29	54.98.5	DIALISI PERITONEALE
1	29	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		S	S			34,1	S		29	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI
1	29	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzione sanitaria	S	S			50		S	29	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	29	8901.09	Visita nefrologica di controllo	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto gia' tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	S	S			12,9	S		29	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	29	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Prestazione da codificare in presenza della seguente casistica: inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi -	S	S			46,5	S		29	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	29	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	S	S			41,3	S		29	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -
1	29	897.08	Visita nefrologica - prima visita	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	S	S			20,7	S		29	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	29	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	S	S			15,5	S		29	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso
1	29	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		S	S			15,5	S		29	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.
1	29	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE		S	S			9,7	S		29	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE
1	29	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni		S	S			9,7	S		29	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni
1	29	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		S	S			11,6	S		29	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -
1	29	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		S	S			439	S		29	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA
1	30	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento		S	S			103,3	S		30	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento
1	30	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)		S	S			103,3	S		30	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)
1	30	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -		S	S			71,5	S		30	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	30	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		S	S			77,5	S		30	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
1	30	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		S	S			184,7	S		30	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -
1	30	8901.10	Visita neurochirurgica di controllo		S	S			12,9	S		30	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	30	897.09	Visita neurochirurgica - prima visita		S	S			20,7	S		30	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	30	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA -		S	S			10,1	S		30	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA -
1	32	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		S	S			31,3	S		32	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare
1	32	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		S	S			46	S		32	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica
1	32	88.71.3	Colordoppler transcranico (TCCD)		S	S			49,1	S		32	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -
1	32	8901.11	Visita neurologica di controllo		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	89.13	VISITA NEUROLOGICA -		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA NEUROLOGICA -
1	32	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) - Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)		S	S			23,2	S		32	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) - Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)
1	32	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		S	S			34,9	S		32	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO
1	32	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO		S	S			34,9	S		32	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
1	32	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore		S	S			46,5	S		32	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore
1	32	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore		S	S			34,9	S		32	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore
1	32	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		S	S			34,9	S		32	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio
1	32	89.15.1	Potenziali evocati acustici		S	S			23,2	S		32	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
1	32	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		S	S			48,8	S		32	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	32	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	32	89153.2	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto inferiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	32	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		S	S			34,9	S		32	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG
1	32	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica		S	S			55,8	S		32	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica
1	32	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		S	S			46,5	S		32	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)
1	32	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		S	S			46,5	S		32	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)
1	32	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		S	S			41,8	S		32	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia
1	32	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		S	S			93	S		32	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico
1	32	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		S	S			139,4	S		32	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali
1	32	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -		S	S			139,4	S		32	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -
1	32	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		S	S			139,4	S		32	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -
1	32	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		S	S			27,9	S		32	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -
1	32	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		S	S			51,1	S		32	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
1	32	897.10	Visita Neurologica		S	S			20,7	S		32	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale - Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)		S	S			7,8	S		32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale - Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)
1	32	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive		S	S			7,8	S		32	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive
1	32	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)		S	S			10,3	S		32	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)
1	32	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre		S	S			10,3	S		32	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre
1	32	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago		S	S			10,3	S		32	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago
1	32	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		S	S			13,4	S		32	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)
1	32	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG	Per singolo riflesso	S	S			10,3	S		32	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG
1	32	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Includo: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	S	S			10,3	S		32	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Includo: EMG
1	32	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE - Includo: EMG		S	S			10,3	S		32	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE - Includo: EMG
1	32	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Includo: EMG		S	S			10,3	S		32	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Includo: EMG
1	32	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		S	S			10,3	S		32	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
1	32	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		S	S			10,3	S		32	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
1	32	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		S	S			8,7	S		32	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)
1	32	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)		S	S			8,4	S		32	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
1	32	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)		S	S			2,1	S		32	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
1	32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		S	S			15,5	S		32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -
1	32	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		S	S			5,8	S		32	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine
1	32	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		S	S			5,8	S		32	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -
1	32	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		S	S			5,8	S		32	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -
1	32	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		S	S			5,8	S		32	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -
1	32	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)		S	S			27,1	S		32	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)
1	32	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -		S	S			9,7	S		32	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -
1	33	8901.41	Visita neuropsichiatrica infantile di controllo		S	S			12,9	S		33	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	33	89.14	Elettroencefalogramma (eeg) standard		S	S			23,2	S		33	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)
1	33	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		S	S			34,9	S		33	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	89.14.2	Elettroencefalogramma con privazione del sonno		S	S			34,9	S		33	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
1	33	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore		S	S			46,5	S		33	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore
1	33	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore		S	S			34,9	S		33	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore
1	33	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		S	S			34,9	S		33	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio
1	33	89.15.1	Potenziali evocati acustici		S	S			23,2	S		33	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
1	33	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		S	S			48,8	S		33	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	33	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	89153.1	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto inferiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		S	S			34,9	S		33	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG
1	33	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		S	S			46,5	S		33	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)
1	33	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		S	S			41,8	S		33	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia
1	33	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		S	S			93	S		33	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico
1	33	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		S	S			139,4	S		33	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali
1	33	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		S	S			139,4	S		33	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -
1	33	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		S	S			27,9	S		33	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -
1	33	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		S	S			51,1	S		33	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
1	33	897.11	Visita neuropsichiatrica infantile - Prima Visita	Colloquio con i genitori per la raccolta dell'anamnesi. Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria. Prescrizione esami terapie. Breve relazione per il curante. Compilazione cartella clinica. Durata 60'.	S	S			20,7	S		33	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	33	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità.(comprende anche i tests somministrati)	S	S			30		S	33	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	33	93.01.A	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA		S	S			30		S	33	93.01.A	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA
1	33	93.01.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	Prestazione effettuata da medico + terapista in pazienti con esiti di lesione delle SNC e SNP con conseguente importante disabilità.	S	S			30		S	33	93.01.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA
1	33	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA	Valutazione delle competenze neuropsicomotorie, utili alla programmazione e organizzazione dell'atto motorio. Valutazione delle prassi e dei disturbi psicomotori in esiti di prematuranza-immaturanza, nelle patologie disgenetiche e ad eziologia non definite	S	S			30		S	33	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA
1	33	93.03.2	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA	Ricerca-individuazione e valutazione di ortesi, protesi e ausili per l'autonomia in pazienti con patologia complessa del S.N.C. periferico.	S	S			30		S	33	93.03.2	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA
1	33	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica)- Valutazione lesioni degenerative del S.N.C.- Valutazione neuromuscolari (età evolutiva o adulta)- Valutazione lesioni S.N.P.- Valutazione lesioni complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare. - Valutazione dismorfismi rachide - Valutazione lesioni da ustione - Valutazione disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche).	S	S			24		S	33	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	33	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)		S	S			10,3	S		33	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)
1	33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG		S	S			10,3	S		33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG
1	33	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	S	S			10,3	S		33	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		S	S			10,3	S		33	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG
1	33	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		S	S			10,3	S		33	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
1	33	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		S	S			10,3	S		33	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
1	33	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Trattamento lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica)-trattamento lesioni degenerative del S.N.C. -trattamento lesioni neuro-muscolari (età evolutiva, adulta) trattamento lesioni S.N.P.- trattamento lesioni complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare -trattamento dismorfismi rachide -trattamento lesioni da ustioni -trattamento disfunzioni Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche).Comprende stimolazioni strumentali e bendaggio funzionale. Comprende anche la terap	S	S	S	10	46		S	33	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	33	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Trattamento dei disturbi della deglutizione con o senza ausili - trattamento dei disturbi fonarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Seduta individuale di 45 minuti	S	S	S	10	33		S	33	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'
1	33	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Trattamento dell'afasia; Trattamento della sordità; Trattamento della dislessia; Trattamento della balbuzie; Trattamento della disartria con o senza ausili. Seduta individuale di 60 minuti	S	S	S	10	46		S	33	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'
1	33	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi comunicativi. Per una maggiore efficacia del trattamento la rieducazione deve attuarsi attraverso sedute collettive di 45 minuti, condotte da due operatori (terpista/psicologo).	S	S	S	10	7		S	33	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	33	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo, condotto da due operatori (terapista/psicologo).	S	S	S	10	7		S	33	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	33	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	Trattamento collettivo (max 3 pazienti) per attività per attività neuropsicomotorie in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	S	S	S	10	7		S	33	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO
1	33	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	Trattamento abilitativo in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	S	S	S	10	22		S	33	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE
1	33	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE		S	S	S	10	22		S	33	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE
1	33	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)	Valutazione dei processi e delle strutture cognitive mediante osservazione e somministrazione di Test di Intelligenza e somministrazione di Test neuropsicologici per le specifiche funzioni.	S	S			30		S	33	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)
1	33	94.08.7	VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)	Osservazione libera, con materiale ludico. Colloquio. Somministrazione di test proiettivi mirati alla comprensione dell'assetto emotico-relazionale del paziente. Durata 45'.	S	S			30		S	33	94.08.7	VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)
1	33	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	Tale codice va utilizzato anche per "colloquio psicologico/neuro psicologico"	S	S			19,4	S		33	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
1	33	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA	1° colloquio psicologico con genitori per raccolta anamnesi ed inquadramento psicopatologico.	S	S			22,3		S	33	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA
1	33	94.09.2	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO		S	S			22,3		S	33	94.09.2	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO
1	33	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO	Tale codice va utilizzato anche per " colloqui psicologo-clinico cpon care -giver di p azienti adulti in carico"	S	S			22,3		S	33	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO
1	33	94.12.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria di controllo successiva alla diagnosi. Valutazione dell'efficacia terapeutica e degli esami strumentali.	S	S			12,9	S		33	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO - VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO
1	33	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	Tale codice va utilizzato anche per valutazione psicologico-clinica per intervento psicologico che richiede una valutazione della situazione clinica attuale del paziente, al fine di evidenziare la necessità o meno di intervento di diagnosi e/o cura	S	S			19,4	S		33	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO
1	33	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		S	S			19,4	S		33	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
1	33	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		S	S			23,2	S		33	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta
1	33	94.42.1	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)	Psicoterapia congiunta (genitori, genitori-bambino) mirata alla comprensione e cura della patologia relazionale precoce dei bambini. Per seduta.	S	S			26,8		S	33	94.42.1	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)
1	33	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Tale codice va utilizzato anche per attività condotta dagli psicologi nei confronti di "gruppi psico educazionali e/o di sostegno"	S	S			9,7	S		33	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		S	S			23,2	S		33	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi
1	34	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale		S	S			16,3	S		34	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale
1	34	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -		S	S			16,3	S		34	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -
1	34	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefarone		S	S			16,3	S		34	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefarone
1	34	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -		S	S			19	S		34	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -
1	34	08.21	Asportazione di calazio		S	S			32,8	S		34	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -
1	34	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma		S	S			32,8	S		34	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma
1	34	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		S	S			32,8	S		34	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
1	34	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		S	S			54,6	S		34	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
1	34	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi		S	S			40,9	S		34	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi
1	34	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -		S	S			49,1	S		34	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -
1	34	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -		S	S			49,1	S		34	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -
1	34	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -		S	S			81,8	S		34	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -
1	34	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo		S	S			185,9	S		34	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo
1	34	08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia		S	S			49,1	S		34	08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia
1	34	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)		S	S			371,9	S		34	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)
1	34	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		S	S			40,9	S		34	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -
1	34	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		S	S			40,9	S		34	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -
1	34	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		S	S			40,9	S		34	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -
1	34	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		S	S			81,8	S		34	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -
1	34	08.91	Depilazione elettrochirurgica della palpebra		S	S			27,2	S		34	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -
1	34	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		S	S			27,2	S		34	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -
1	34	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -		S	S			16,3	S		34	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -
1	34	09.0	Incisione ghiandola o cisti lacrimale (con drenaggio)		S	S			40,9	S		34	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)
1	34	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -		S	S			79,5	S		34	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -
1	34	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -		S	S			57,3	S		34	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -
1	34	09.19	Test di schirmer		S	S			40,9	S		34	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale
1	34	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)		S	S			68,2	S		34	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)
1	34	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		S	S			16,3	S		34	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -
1	34	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		S	S			19,1	S		34	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)
1	34	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		S	S			68,2	S		34	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)
1	34	09.51	Incisione del punto lacrimale		S	S			40,9	S		34	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		S	S			40,9	S		34	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -
1	34	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -		S	S			40,9	S		34	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -
1	34	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS		S	S			40,9	S		34	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS
1	34	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)		S	S			309,8	S		34	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)
1	34	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		S	S			68,2	S		34	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -
1	34	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -		S	S			247,9	S		34	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -
1	34	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -		S	S			22,3	S		34	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -
1	34	10.31	Asportazione di lesione o tessuto congiuntiva		S	S			32,8	S		34	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)
1	34	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)		S	S			32,8	S		34	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)
1	34	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma		S	S			32,8	S		34	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma
1	34	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		S	S			109,1	S		34	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -
1	34	10.6	Riparazione di lacerazione della congiuntiva		S	S			54,6	S		34	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -
1	34	10.91	Iniezione sottocongiuntivale		S	S			11,4	S		34	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -
1	34	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		S	S			68,2	S		34	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -
1	34	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		S	S			109,1	S		34	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -
1	34	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -		S	S			68,2	S		34	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -
1	34	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -		S	S			27,2	S		34	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -
1	34	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -		S	S			34,1	S		34	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -
1	34	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)		S	S			40		S	34	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)
1	34	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -		S	S			347	S		34	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -
1	34	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -		S	S			40,9	S		34	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -
1	34	11.99.1	Applicazione terapeutica di lente a contatto		S	S			19,1	S		34	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO -
1	34	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni	S	S			95,4	S		34	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)
1	34	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	S	S			95,4	S		34	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)
1	34	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni	S	S			619,8		S	34	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare
1	34	12.14	IRIDECTOMIA - Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) - Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)		S	S			109,1	S		34	12.14	IRIDECTOMIA - Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) - Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)
1	34	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -		S	S			136,3	S		34	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -
1	34	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser		S	S			109,1	S		34	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser
1	34	12.72	CICLOCRIOTERAPIA -		S	S			109,1	S		34	12.72	CICLOCRIOTERAPIA -
1	34	12.73	Ciclofotocoagulazione		S	S			109,1	S		34	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE -
1	34	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore		S	S			32,8	S		34	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore
1	34	13.64	Capsulotomia yag-laser per cataratta secondaria		S	S			95,4	S		34	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)
1	34	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		S	S			68,2	S		34	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	La prestazione è erogabile solo in pazienti con degenerazione maculare senile e da miopia patologica, le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale prevalentemente classica. Non può essere ripetuta più di quattro volte l'anno. La prestazione può essere effettuata solo negli ambulatori situati presso i centri individuati dalla regione Piemonte (R)	S	S			1500		S	34	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).
1	34	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -		S	S			68,2	S		34	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -
1	34	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		S	S			68,2	S		34	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -
1	34	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -		S	S			68,2	S		34	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -
1	34	14.34	Argon laser: barrage rottura periferica		S	S			68,2	S		34	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -
1	34	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO		S	S			70		S	34	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO
1	34	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -		S	S			32,8	S		34	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -
1	34	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -		S	S			63,7	S		34	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -
1	34	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare		S	S			36,2	S		34	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare
1	34	8901.12	Visita oculistica di controllo		S	S			12,9	S		34	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima VISITA GENERALE
1	34	897.37	VISITA OCULISTICA. Prima visita		S	S			20,7	S		34	89.7	Visita specialistica, Prima visita
1	34	93.02	Valutazione ortottica	In caso di ipovedente la visita comprende la ricerca approfondita dei disturbi nurovisivi con l'esame dell'oculomotricità, della percezione spaziale, la valutazione della sensibilità al contasto.	S	S			7,8	S		34	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA -
1	34	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		S	S			13,3	S		34	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali
1	34	95.02	Visita oculistica	visita oculistica comprendente esame visus, refrazione con eventuale prescrizione lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi .	S	S			20,7	S		34	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
1	34	95.03.1	Studio della topografia corneale		S	S			58,1	S		34	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE -
1	34	95.03.3	Tomografia retinica (OCT)		S	S			53,5		S	34	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT)
1	34	9505.0	Campo visivo automatico/computerizzato		S	S			16,8	S		34	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica
1	34	9505.1	Campo visivo manuale		S	S			16,8	S		34	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica
1	34	95.05.A	MICROPERIMETRIA		S	S			40		S	34	95.05.A	MICROPERIMETRIA
1	34	95.06	Studio della sensibilità al colore		S	S			7,8	S		34	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica
1	34	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -		S	S			7,8	S		34	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -
1	34	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -		S	S			7,8	S		34	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -
1	34	95.09.1	Esame del fundus oculi		S	S			7,8	S		34	95.09.1	
1	34	95.09.2	ESOFALMOMETRIA -		S	S			7,8	S		34	95.09.2	ESOFALMOMETRIA -
1	34	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -		S	S			7,8	S		34	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -
1	34	95.09.4	HRT - Studio strumentale conformaz. papilla ottica		S	S			53,5		S	34	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)
1	34	9511.0	Fotografia fundus (retinografia) - occhio dx	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	S	S			3,9	S		34	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio
1	34	9511.1	Fotografia fundus (retinografia) - occhio sx	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	S	S			3,9	S		34	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio
1	34	95.11.1	Fotografia del segmento anteriore		S	S			3,9	S		34	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -
1	34	95.12	Fluorangiografia - angioscopia oculare	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	S	S			46,5	S		34	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCENZA O ANGIOSCOPIA OCULARE -
1	34	95.12.1	Angiografia oculare con verde indocianina	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	S	S			53,5		S	34	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA
1	34	95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria		S	S			19,4	S		34	95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria
1	34	95.13.1	Pachimetria corneale		S	S			38,7	S		34	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE -
1	34	95.13.2	Biomicroscopia corneale - conta cellule epiteliali		S	S			31	S		34	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali
1	34	95.15	Studio della motilità oculare		S	S			15,5	S		34	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -
1	34	95.2	Test funzionali obiettivi dell'occhio - hess lanca		S	S			7,8	S		34	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisinnogramma (89.17)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	95.21	Elettroretinografia (erg,flash-pattern)		S	S			33,6	S		34	95.21	ELETTRORETINOGRRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN) -
1	34	95.22	Elettrooculografia (eog)		S	S			33,6	S		34	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG) -
1	34	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		S	S			23,2	S		34	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi
1	34	95.23.1	INTERFEROMETRIA -		S	S			7,8	S		34	95.23.1	INTERFEROMETRIA -
1	34	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -		S	S			31	S		34	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -
1	34	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -		S	S			7,8	S		34	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -
1	34	95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	Codice da utilizzare anche per singola seduta di riabilitazione neurovisiva, da intendersi quale riabilitazione visuo-spaziale, riorganizzazione dei movimenti oculari fini, rieducazione per le agnosie visive in età evolutiva e adulta. Ogni ciclo di esercizi prevede al massimo 10 sedute; le sedute sono giornaliere, per un periodo di almeno due settimana e della durata di circa un ora ciascuna	S	S			5,4	S		34	95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta
1	34	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		S	S			3,9	S		34	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)
1	34	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		34	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -
1	35	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale		S	S			34,7	S		35	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale
1	35	23.01	Estrazione di dente deciduo		S	S			11,6	S		35	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia
1	35	23.09	Estrazione di dente permanente		S	S			16,3	S		35	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia
1	35	23.11	Estrazione di radice residua		S	S			16,3	S		35	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia
1	35	23.19	Estrazione di dente o radice inclusi		S	S			30,2	S		35	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, - estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiostale - Incluso: Anestesia
1	35	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		S	S			18,6	S		35	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa
1	35	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		S	S			34,9	S		35	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa
1	35	23.3	Ricostruzione di dente mediante intarsio		S	S			34,9	S		35	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO - Ricostruzione di dente fratturato
1	35	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			31,4	S		35	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina
1	35	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina - o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			31,4	S		35	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina - o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa
1	35	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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			38,7	S		35	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
1	35	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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			44,2	S		35	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
1	35	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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			44,2	S		35	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
1	35	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 endossei - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			69,7	S		35	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 endossei - (Per elemento)
1	35	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			129,1	S		35	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	35	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale - [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] - (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			81,3	S		35	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale - [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] - (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione
1	35	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			16,3	S		35	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa - (Per elemento)
1	35	23.49.1	Molaggio selettivo denti		S	S			16,3	S		35	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA - Molaggio selettivo dei denti - (Per seduta)
1	35	23.5	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi		S	S			11,6	S		35	23.5	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi
1	35	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endoso	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			81,3	S		35	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endoso
1	35	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		S	S			34,9	S		35	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)
1	35	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		S	S			53,5	S		35	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)
1	35	23.73	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda		S	S			44,2	S		35	23.73	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda
1	35	24.00.1	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato		S	S			27,9	S		35	24.00.1	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato
1	35	24.11	Biopsia gengiva		S	S			19,5	S		35	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA -
1	35	24.12	Biopsia alveolo		S	S			19,5	S		35	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO -
1	35	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)		S	S			58,1	S		35	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)
1	35	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi - Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)		S	S			27,9	S		35	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi - Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)
1	35	24.39.1	Levigatura delle radici		S	S			23,2	S		35	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto - (Per sestante)
1	35	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)		S	S			20,9	S		35	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)
1	35	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena		S	S			53	S		35	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena
1	35	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			116,2	S		35	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno)
1	35	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			116,2	S		35	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)
1	35	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			116,2	S		35	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)
1	35	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			26,8	S		35	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -
1	35	25.01	Biopsia lingua		S	S			27,3	S		35	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA
1	35	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)		S	S			17,6	S		35	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)
1	35	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)		S	S			17,6	S		35	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)
1	35	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare		S	S			23,4	S		35	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare
1	35	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -		S	S			20,6	S		35	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -
1	35	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -		S	S			17,6	S		35	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -
1	35	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -		S	S			19,5	S		35	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -
1	35	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -		S	S			19,5	S		35	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -
1	35	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -		S	S			19,5	S		35	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -
1	35	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)		S	S			17,6	S		35	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)
1	35	27.49.1	Asportazione lesione cavo orale		S	S			23,4	S		35	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA - Asportazione neoformazioni del cavo orale
1	35	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -		S	S			23,4	S		35	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	35	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA -		S	S			23,4	S		35	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA -
1	35	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)		S	S			17,6	S		35	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)
1	35	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia		S	S			26	S		35	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia
1	35	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare		S	S			117,7	S		35	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare
1	35	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti		S	S			23,4	S		35	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti
1	35	8901.13	Visita odontoiatrica di controllo		S	S			12,9	S		35	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	35	897.12	Visita odontoiatrica - Prima visita		S	S			20,7	S		35	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	35	96.54.1	Ablazione tartaro		S	S			9,7	S		35	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO -
1	35	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -		S	S			3,9	S		35	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -
1	35	96.54.3	Cura stomatite/alveolite - per seduta		S	S			5,8	S		35	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta
1	35	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico		S	S			6,5	S		35	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico
1	35	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -		S	S			8,4	S		35	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -
1	35	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -		S	S			13,4	S		35	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -
1	35	99.97.2	Trattamenti per applicaz. protesi rimozione/riceme	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			13,4	S		35	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, - riparazione di protesi fratturate, ricementazione di corona o ponte
1	36	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)		S	S			61,3	S		36	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)
1	36	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		S	S			27,9	S		36	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -
1	36	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		S	S			27,9	S		36	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -
1	36	78.7	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale		S	S			23,4	S		36	78.7	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale
1	36	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -		S	S			62	S		36	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -
1	36	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		S	S			62	S		36	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -
1	36	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS		S	S			62	S		36	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS
1	36	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS		S	S			62	S		36	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS
1	36	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		S	S			49,6	S		36	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -
1	36	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS		S	S			62	S		36	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS
1	36	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -		S	S			62	S		36	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -
1	36	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -		S	S			43,4	S		36	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -
1	36	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA		S	S			43,4	S		36	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA -
1	36	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -		S	S			43,4	S		36	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -
1	36	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -		S	S			43,4	S		36	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	36	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -		S	S			43,4	S		36	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -
1	36	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa		S	S			58,5	S		36	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa
1	36	81.91	Artrocentesi - aspirazione articolare		S	S			33,5	S		36	81.91	ARTROCENTESI - Aspirazione articolare - Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), - artrografia (88.32)
1	36	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	S	S			27,9	S		36	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	36	83.02	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea		S	S			23,4	S		36	83.02	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea
1	36	83.03	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa		S	S			33,5	S		36	83.03	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa
1	36	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		S	S			32,5	S		36	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca
1	36	88793.0	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		S	S			28,4	S		36	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	36	8901.14	Visita ortopedica di controllo		S	S			12,9	S		36	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	36	897.13	Visita ortopedica - Prima visita		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Indipendentemente dal numero dei distretti trattati	S	S			14,2	S		36	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare
1	36	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito		S	S			7,2	S		36	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito
1	36	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla		S	S			11,4	S		36	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla
1	36	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)		S	S			31	S		36	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)
1	36	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo		S	S			31	S		36	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo
1	36	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato		S	S			31	S		36	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato
1	36	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano - Gamba e piede		S	S			7,8	S		36	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano - Gamba e piede
1	36	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -		S	S			13,6	S		36	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -
1	36	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -		S	S			25,2	S		36	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -
1	36	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMEROMANO, STIVALE -		S	S			18,9	S		36	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMEROMANO, STIVALE -
1	36	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -		S	S			12,6	S		36	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -
1	36	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -		S	S			22,7	S		36	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -
1	36	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -		S	S			11,6	S		36	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -
1	36	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer		S	S			5,8	S		36	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer
1	36	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		S	S			3,9	S		36	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -
1	36	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -		S	S			25,2	S		36	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -
1	36	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -		S	S			21,3	S		36	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -
1	36	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO		S	S			7,8	S		36	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
1	36	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -		S	S			13,6	S		36	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -
1	36	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ -		S	S			21,3	S		36	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ -
1	36	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar		S	S			17,5	S		36	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar
1	36	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati		S	S			9,7	S		36	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati
1	36	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca		S	S			9,7	S		36	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE Rimozione di supporto, gesso, stecca
1	36	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -		S	S			7,8	S		36	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		S	S			105,4	S		37	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -
1	37	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) e Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli)	S	S			400		S	37	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) e Comprensiva di valutazione oocitaria
1	37	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		S	S			50,5	S		37	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)
1	37	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		S	S			26	S		37	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)
1	37	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		S	S			34,7	S		37	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice
1	37	67.19.1	Biopsia della portio bms		S	S			38,2	S		37	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI
1	37	67.32	Cauterizz. collo uterino - elettroconizzaz. cervic		S	S			44,6	S		37	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio
1	37	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		S	S			44,6	S		37	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi
1	37	68.12.1	Isteroscopia (diagnostica)		S	S			30,4	S		37	68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale
1	37	68.16.1	Biopsia del corpo uterino		S	S			41,7	S		37	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale
1	37	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		S	S			55,8	S		37	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
1	37	69.7	Inserzione iud (dispositivo contraccettivo intraut		S	S			12,9	S		37	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -
1	37	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	S	S			93	S		37	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)
1	37	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		S	S			15,5	S		37	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -
1	37	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	S	S			25		S	37	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione
1	37	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovar	S	S			600		S	37	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)
1	37	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			100		S	37	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)
1	37	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biptico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			200		S	37	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biptico di tessuto testicolare)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tes	S	S			200		S	37	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)
1	37	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			100		S	37	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI
1	37	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			200		S	37	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO
1	37	70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		S	S			29,8	S		37	70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo
1	37	70.21	Colposcopia		S	S			10,7	S		37	70.21	COLPOSCOPIA
1	37	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		S	S			27,7	S		37	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa
1	37	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		S	S			34,7	S		37	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -
1	37	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		S	S			35,8	S		37	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -
1	37	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		S	S			27,7	S		37	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -
1	37	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		S	S			29,8	S		37	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -
1	37	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		S	S			23,8	S		37	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -
1	37	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		S	S			35,8	S		37	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici
1	37	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		S	S			122,9	S		37	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -
1	37	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		S	S			108,5	S		37	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -
1	37	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		S	S			86,8	S		37	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -
1	37	75.33.1	FUNIColocentesi con raccolta di cellule staminali emopoietiche -		S	S			122,9	S		37	75.33.1	FUNIColocentesi con raccolta di cellule staminali emopoietiche -
1	37	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		S	S			16,4	S		37	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT
1	37	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico		S	S			37,2	S		37	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico
1	37	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		S	S			41,3	S		37	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -
1	37	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		S	S			50,1	S		37	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	37	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		S	S			31	S		37	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -
1	37	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		S	S			23	S		37	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione
1	37	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		S	S			31	S		37	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -
1	37	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza per ricerca malformazioni fetali.	S	S			34,1		S	37	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale
1	37	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	Da operatori certificati	S	S			31		S	37	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE
1	37	8901.15	Visita ostetrico-ginecologica di controllo		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	37	8901.16	Visita andrologica di controllo		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	37	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione periodica in gravidanza, secondo il calendario previsto dalla Regione. Eseguita da ostetrica o ginecologo.	S	S			20		S	37	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)
1	37	8926.0	Visita ostetrico- ginecologica Prima visita		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
1	37	8926.1	Visita andrologica Prima visita		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
1	37	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pediatrica	S	S			15		S	37	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	Ciclo di 7 incontri coordinato dall' ostetrica.	S	S			122,6	S		37	93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo
1	37	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione specifica.	S	S			141		S	37	93.37.1	TRAINING POSTNATALE
1	37	96.17	Inserzione di diaframma vaginale		S	S			9,7	S		37	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -
1	37	96.18	Inserzione di altro pessario vaginale		S	S			9,7	S		37	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -
1	37	97.71	Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauteri	Tale codice può essere utilizzato anche in caso di inserimento dispositivo contraccettivo intradermico sottocutaneo	S	S			9,7	S		37	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO o INTRADERMICO sottocutaneo di progestinico
1	37	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		S	S			23,5	S		37	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)
1	37	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		S	S			10,1	S		37	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -
1	37	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		37	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -
1	38	18.02	Incisione canale uditivo esterno/padiglione aurico		S	S			13,7	S		38	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)
1	38	18.12	Biopsia dell'orecchio esterno		S	S			17,9	S		38	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO -
1	38	18.29	Asportaz. o demoliz. altra lesione orecchio estern		S	S			17	S		38	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - CauterizzazioneCoagulazioneCriochirurgiaCurettaggioElettrocoagulazioneEnucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti.-. Escluso: Biopsia dell'orecchio estern
1	38	20.0	MIRINGOTOMIA -		S	S			23,9	S		38	20.0	MIRINGOTOMIA -
1	38	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA -		S	S			54,2	S		38	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA -
1	38	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -		S	S			30,4	S		38	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -
1	38	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -		S	S			9	S		38	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -
1	38	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione		S	S			15,2	S		38	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione
1	38	21.01	Controllo epistassi mediante tamponam. nasale ant.		S	S			15,2	S		38	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE -
1	38	21.02	Controllo epistassi mediante tampon. nasale post.		S	S			27,8	S		38	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) -
1	38	21.03	Controllo epistassi mediante cauterizz. varici set		S	S			19,6	S		38	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa)
1	38	21.22	BIOPSIA DEL NASO -		S	S			30,4	S		38	21.22	BIOPSIA DEL NASO -
1	38	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -		S	S			26	S		38	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -
1	38	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione		S	S			26	S		38	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione
1	38	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale		S	S			26	S		38	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale
1	38	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica		S	S			26	S		38	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica
1	38	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -		S	S			11,8	S		38	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -
1	38	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -		S	S			23,4	S		38	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -
1	38	29.12	BIOPSIA FARINGEA -		S	S			27,3	S		38	29.12	BIOPSIA FARINGEA -
1	38	31.42	Laringoscopia e altra tracheosc. - fibre ottiche		S	S			27,1	S		38	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche
1	38	31.42.1	Laringoscopia indiretta (con anestesia locale)		S	S			7	S		38	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA - Incluso: Anestesia
1	38	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA -		S	S			20,9	S		38	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA -
1	38	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia		S	S			34,2	S		38	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia
1	38	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -		S	S			12,9	S		38	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -
1	38	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO -		S	S			22,7	S		38	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	38	8901.17	Visita otorinolaringoiatrica di controllo		S	S			12,9	S		38	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	38	8901.18	Visita foniatrica di controllo		S	S			12,9	S		38	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	38	89.11	TONOMETRIA -		S	S			13,9	S		38	89.11	TONOMETRIA -
1	38	89.12	Rinomanometria		S	S			13,9	S		38	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria
1	38	89.39.4	GUSTOMETRIA -		S	S			9,3	S		38	89.39.4	GUSTOMETRIA -
1	38	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA -		S	S			7,4	S		38	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA -
1	38	897.14	Visita otorinolaringoiatrica Prima visita		S	S			20,7	S		38	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	38	897.15	Visita foniatrica Prima Visita		S	S			20,7	S		38	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	38	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		S	S			8,7	S		38	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)
1	38	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		S	S			1,6	S		38	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)
1	38	95.24.1	Esame vestibolare con ENG spontaneo o posizionale		S	S			18,2	S		38	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE -
1	38	95.24.2	Esame vestibolare con ENG provocato		S	S			26	S		38	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO -
1	38	95.41.1	Esame audiometrico tonale		S	S			9,8	S		38	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE -
1	38	95.41.2	Esame audiometrico vocale		S	S			9,8	S		38	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE -
1	38	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA -		S	S			20,7	S		38	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA -
1	38	95.41.4	Esame audiometrico condizionato infantile		S	S			11,9	S		38	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE -
1	38	95.42	Impedenzometria (esame impedenzometrico)		S	S			8,7	S		38	95.42	IMPEDENZOMETRIA -
1	38	95.43	Valutazione audiologica		S	S			25,3	S		38	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA - Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi - feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber
1	38	95.44.1	Test clinico funz. vestibolare (stimolaz. termica)		S	S			16,3	S		38	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche
1	38	95.44.2	Esame clinico funzionalità vestibolare		S	S			16,3	S		38	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei
1	38	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico		S	S			32,5	S		38	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico
1	38	95.46	Prove audiometriche sopraliminari		S	S			16,3	S		38	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari
1	38	95.47	Acufenometria		S	S			12,9	S		38	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS -
1	38	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		S	S			11,9	S		38	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
1	38	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO -		S	S			9,8	S		38	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO -
1	38	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU -		S	S			12,3	S		38	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU -
1	38	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO -		S	S			23,7	S		38	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO -
1	38	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -		S	S			19,5	S		38	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -
1	38	9652.0	Irrigazione dell'orecchio dx - rimozione di cerume		S	S			7,8	S		38	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume
1	38	9652.1	Irrigazione dell'orecchio sx - rimozione di cerume		S	S			7,8	S		38	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume
1	38	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -		S	S			8,4	S		38	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -
1	38	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -		S	S			8,4	S		38	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -
1	38	98.13	Rimoz. corpo estraneo intraluminale faringe		S	S			15,1	S		38	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -
1	38	98.14	Rimozione corpo estraneo in laringoscopia indirett		S	S			15,1	S		38	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso laringoscopia
1	39	8901.19	Visita pediatrica di controllo		S	S			12,9	S		39	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	39	897.16	Visita pediatrica - Prima Visita		S	S			20,7	S		39	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	40	8901.42	Visita psichiatrica di controllo		S	S			12,9	S		40	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	40	897.17	Visita psichiatrica - Prima Visita		S	S			20,7	S		40	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	40	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -	Per ogni sub test completo	S	S			9,7	S		40	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -
1	40	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		S	S			15,5	S		40	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -
1	40	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		S	S			5,8	S		40	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine
1	40	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		S	S			5,8	S		40	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -
1	40	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		S	S			5,8	S		40	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -
1	40	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		S	S			5,8	S		40	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -
1	40	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -	Per ogni sub test completo	S	S			7,8	S		40	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -
1	40	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -		S	S			5,8	S		40	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -
1	40	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -		S	S			5,8	S		40	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -
1	40	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	Tale codice va utilizzato anche per "colloquio psicologico/neuro-psicologico"	S	S			19,4	S		40	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
1	40	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		40	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
1	40	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO		S	S			19,4	S		40	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO
1	40	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		S	S			19,4	S		40	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
1	40	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		S	S			23,2	S		40	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta
1	40	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Tale codice è da utilizzarsi anche per attività condotta dagli psicologi nei confronti di "gruppo psicoeducazionale e/o di sostegno"	S	S			9,7	S		40	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante
1	43	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale		S	S			74,4	S		43	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale
1	43	56.31	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile		S	S			101,8	S		43	56.31	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile
1	43	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico		S	S			32,8	S		43	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, - Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico
1	43	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata		S	S			63,7	S		43	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata
1	43	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -		S	S			79,5	S		43	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -
1	43	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -		S	S			79,5	S		43	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -
1	43	57.39.2	Esame urodinamico invasivo		S	S			56,8	S		43	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO -
1	43	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale		S	S			68,2	S		43	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale
1	43	57.94	Cateterismo vescicale		S	S			9,1	S		43	57.94	CATETERISMO VESCICALE
1	43	58.22	URETROSCOPIA -		S	S			38,2	S		43	58.22	URETROSCOPIA -
1	43	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -		S	S			54	S		43	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -
1	43	58.31	Asportaz. elettrocoagulaz. lesione o tessuto uretr		S	S			46,3	S		43	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale
1	43	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE -		S	S			105,4	S		43	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE -
1	43	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi		S	S			46,3	S		43	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi
1	43	58.60.1	Dilatazione uretrale		S	S			34,1	S		43	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra - (Seduta unica)
1	43	58.60.2	Dilatazioni uretrali progressive (per seduta)		S	S			10,2	S		43	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta)
1	43	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -		S	S			46,3	S		43	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	43	59.8	CATERIZZAZIONE URETERALE - Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, - dilatazione dell'orifizio ureterovesicale - Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)		S	S			27,2	S		43	59.8	CATERIZZAZIONE URETERALE - Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, - dilatazione dell'orifizio ureterovesicale - Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)
1	43	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico		S	S			32,8	S		43	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico
1	43	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale		S	S			38,2	S		43	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale
1	43	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata		S	S			67,6	S		43	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata
1	43	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -		S	S			86,8	S		43	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -
1	43	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)		S	S			38,2	S		43	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)
1	43	61.0	Incisione per drenaggio scroto-tunica vaginale		S	S			20,9	S		43	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE - Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)
1	43	61.91	Puntura evacuativa idrocele tunica vaginale		S	S			20,9	S		43	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale
1	43	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -		S	S			38,2	S		43	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -
1	43	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			100		S	43	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)
1	43	63.52	Derotazione funicolo/testicolo(manuale)		S	S			17,9	S		43	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO - Manuale - Escluso: quella associata ad orchidopessi
1	43	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -		S	S			105,4	S		43	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -
1	43	64.01	CIRCONCISIONE		S	S			80		S	43	64.01	CIRCONCISIONE
1	43	64.11	BIOPSIA DEL PENE -		S	S			27,7	S		43	64.11	BIOPSIA DEL PENE -
1	43	64.19.1	BALANOSCOPIA -		S	S			6,2	S		43	64.19.1	BALANOSCOPIA -
1	43	64.92.1	Frenulotomia plastiche di allungamento del frenulo		S	S			22,3	S		43	64.92.1	FRENULOTOMIA -
1	43	64.93	Liberazione di sinechie peniene		S	S			23,8	S		43	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE -
1	43	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		S	S			34,1	S		43	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI
1	43	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		S	S			50,1	S		43	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	43	88798.0	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	S	S			43,4	S		43	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	43	8901.20	Visita urologica di controllo		S	S			12,9	S		43	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	43	89.22	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria		S	S			55,8	S		43	89.22	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria
1	43	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE		S	S			23,2	S		43	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE -
1	43	89.24	Uroflussometria		S	S			11,6	S		43	89.24	UROFLUSSOMETRIA -
1	43	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE -		S	S			11,6	S		43	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE -
1	43	897.18	Visita urologica Prima visita		S	S			20,7	S		43	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	43	93084.0	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25)		S	S			13,4	S		43	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25)
1	43	93084.1	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25)		S	S			13,4	S		43	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25)
1	43	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali		S	S			9,7	S		43	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali
1	43	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Includo: Uretroscopia		S	S			35,8	S		43	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Includo: Uretroscopia
1	43	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		43	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -
1	43	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -		S	S			6,5	S		43	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	43	99.29.4	Infiltrazione medicamentosa del pene		S	S			6,5	S		43	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE -
1	43	99.29.5	Iniezione endocavernosa farmaci		S	S			7,8	S		43	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI -
1	43	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -		S	S			7,8	S		43	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -
1	43	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO -		S	S			5,8	S		43	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO -
1	43	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -		S	S			5,8	S		43	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -
1	52	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -		S	S			7,8	S		52	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -
1	52	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)		S	S			35,8	S		52	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)
1	52	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		S	S			35,8	S		52	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -
1	52	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		S	S			23,8	S		52	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -
1	52	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		S	S			35,8	S		52	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici
1	52	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		S	S			19,5	S		52	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -
1	52	86.19.1	ELASTOMETRIA -		S	S			4,3	S		52	86.19.1	ELASTOMETRIA -
1	52	86.19.2	SEBOMETRIA -		S	S			4,3	S		52	86.19.2	SEBOMETRIA -
1	52	86.19.3	CORNEOMETRIA -		S	S			5,7	S		52	86.19.3	CORNEOMETRIA -
1	52	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -		S	S			7,2	S		52	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -
1	52	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		S	S			8,6	S		52	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	52	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		S	S			20,4	S		52	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)
1	52	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)		S	S			15,4	S		52	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)
1	52	86.30.2	Crioterapia con neve carbonica o protossido d'azot		S	S			15,4	S		52	86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO - (Per seduta)
1	52	86.30.3	Diatermocoagulazione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo		S	S			15,4	S		52	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)
1	52	8901.21	Visita dermatologica di controllo		S	S			12,9	S		52	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	52	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA -		S	S			7	S		52	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA -
1	52	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -		S	S			7	S		52	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -
1	52	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -		S	S			18,6	S		52	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -
1	52	897.19	Visita dermatologica prima visita		S	S			20,7	S		52	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	52	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa ed adeguata pressione e relativa lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30"	S	S			6	S		52	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE
1	52	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -		S	S			5,6	S		52	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -
1	52	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -		S	S			4,7	S		52	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -
1	52	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera prestazione ogni seduta test con allergeni inalabili e/o alimentari. Consiste nell'applicare 10/12 gtt. di allergene per seduta, effettuare i controlli neg. e pos. e eseguire la lettura dopo 20 minuti.	S	S			11,6	S		52	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI
1	52	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, in media 30 , lasciati in situ per 48 ore, e lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	S	S			32,5	S		52	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	52	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	SSi intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	S	S			23,2	S		52	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA
1	52	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute		S	S			8,8	S		52	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute
1	56	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	S	S			27,9	S		56	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	56	8901.22	Visita fisiatrica di controllo	Visita fisiatrica di controllo	S	S			12,9	S		56	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	56	89.15.1	Potenziali evocati acustici		S	S			23,2	S		56	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
1	56	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		S	S			48,8	S		56	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	56	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	89153.1	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto inferiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		S	S			34,9	S		56	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG
1	56	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -	Solo per pazienti cardio-respiratori ad inizio e fine trattamento, deve essere documentato da apposita scheda	S	S			55,8	S		56	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -
1	56	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		S	S			9,3	S		56	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA
1	56	897.20	Visita fisiatrica Prima visita	Prima visita fisiatrica	S	S			20,7	S		56	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	56	8971.0	Visita fisiatrica Prima visita e VALUTAZIONE CLINICA e	Tale prestazione, qualora effettuata, integra la visita necessariamente ed esclusivamente nei casi di maggiore disabilità (disabilità 2 e 3) conseguenti a eventi patologici quali indicati nella tabella allegata alla nota protocollo n° 18370/DB2000 del 30/07/2013 La documentazione giustificativa di tale prestazione è rappresentata da un "referto" congiunto a quello della visita. E' evidente che, per le caratteristiche della prestazione, la stessa non è oggetto di prescrizione preventiva e non origina quota di compartecipazione alla spesa	S	S			48,7		S	56	89.7.1	VALUTAZIONE CLINICA
1	56	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	S	S			30		S	56	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.01.6	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	S	S			21		S	56	93.01.6	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.03	Valutazione protesica	Tale prestazioni è utilizzata esclusivamente dalle strutture pubbliche. E' una prestazione che esita sempre nel modulo di prescrizione e d integra la visita o la visita di controllo	S	S			7,8	S		56	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA
1	56	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: - degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche; traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare; Valutazione lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche. (disabilità 4 e 5); Qualora effettuata puo' essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			15		S	56	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica); degenerative del S.N.C.; neuromuscolari (età evolutiva o adulta); S.N.P.; complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare; cardio-respiratorio; dismorfismi rachide; lesioni da ustione; disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche). (Disabilità 2 e 3). Qualora effettuata puo' essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			24		S	56	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	56	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI con pedana stabilometrica	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime e deve essere oggetto di referto.	S	S			30		S	56	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI con pedana stabilometrica
1	56	93.05.7	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica o analisi del cammino	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime e deve essere oggetto di referto.	S	S			50		S	56	93.05.7	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica o analisi del cammino
1	56	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione su disabilità 4 e 5 , anche strumentale, dei disturbi fono-articolatori funzionali o organici periferici e deglutizione atipica (comprende anche i tests somministrati) .Qualora effettuata puo' essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			20		S	56	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione o testificazione, anche strumentale, dell'afasia, della sordità, della dislessia, della balbuzie, della disartria e dei disturbi della deglutizione ( comprende anche i tests somministrati ). (Disabilità 2 e 3 ). Qualora effettuata puo' essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			30		S	56	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisinnogramma (89.17)		S	S			10,3	S		56	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisinnogramma (89.17)
1	56	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	S	S			10,3	S		56	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG
1	56	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	S	S			10,3	S		56	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG
1	56	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		S	S			10,3	S		56	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
1	56	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		S	S			10,3	S		56	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
1	56	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 30 min. Trattamento disabilità secondarie a lesioni degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche, traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare.	S	S	S	10	22,5		S	56	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'
1	56	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento disabilità secondarie a lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica), neuro-muscolari (età evolutiva, adulta), S.N.P. (polineuropatiche), complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare; distorsioni rachide, ustioni, Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche), cardio-respiratorie, oncologiche.	S	S	S	10	46		S	56	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	56	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI	Rieducazione con attrezzature sofisticate (isocinetica, pedana stabilometrica, realtà virtuale con pedane di forza, sistemi antigravitari evoluti, robotica arti superiori ed inferiori, tutte fornite di software che possa referare la seduta e documentare i relativi miglioramenti, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc). Prestazione da aggiungersi a A93.11.7 in Disabilità 2 e Disabilità 3, oppure a A93.11.6 in Disabilità 4 e 5, qualora effettuata a completamento delle medesime.Per seduta	S	S	S	10	22,5		S	56	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI
1	56	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo disabilità secondarie a disturbi motori - sensitivi o cardio-respiratori.	S	S			7		S	56	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO (max 5 pazienti)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	56	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Si ribadisce che nella disabilità 4, per tale trattamento, sono prescrivibili al massimo 4 sedute manipolative ( indipendentemente dal numero di distretti corporei trattati nella stessa seduta) Per paziente/2volte/anno e solo a seguitodi documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica. In caso di pazienti con disabilità 5, sono prescrivibili al massimo 4 sedute manipolative ( indipendentemente dal numero di distretti corporei trattati nella stessa seduta) per paziente, 1 volta l'anno e solo a seguito di documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica.	S	S			14,2	S		56	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare
1	56	93.39.4	ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.	Trattamento medio di 10 min. per distretto	S	S	S	10	2,1	S		56	93.39.4	ELETTROTERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.
1	56	93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento con specifica tipologia di tens (a bassa frequenza - max 10 hertz) del singolo distretto, per la durata di 20 minuti .	S	S	S	10	3,1	S		56	93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)
1	56	93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta	Elettromagnetoterapia Per seduta di 30 min. per distretto	S	S	S	10	1,3	S		56	93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta
1	56	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta	Trattamento medio di 10 minuti per distretto	S	S	S	10	1,3	S		56	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta
1	56	93.40	ELETTROTERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta	Elettroterapia di stimolazione muscolare neofaradica/esponenziale/rettangolare/Kotz. Seduta media di 20 min. per distretto	S	S	S	10	3		S	56	93.40	ELETTROTERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta
1	56	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	Ad esempio Kinesiotaping. Indipendentemente dal numero dei distretti trattati.	S	S			7,8	S		56	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
1	56	93568.0	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE e BENDAGGIO FUNZIONALE	Da utilizzarsi sono n caso di trattamento di linfoedemi; tale prestazione integra e ne sostituisce la prestazione codice 93.39.3 nel caso venga eseguito anche il Bendaggio funzionale	S	S			57,5		S	56	93.56.8	BENDAGGIO FUNZIONALE
1	56	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi fonoculatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Trattamento disabilità secondarie a deglutizione atipica.	S	S	S	10	33		S	56	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'
1	56	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento disabilità secondarie ad afasia, sordità, dislessia, balbuzie, disfagia, disartria con o senza ausili, disturbi della deglutizione con o senza ausili - Seduta individuale di 60 minuti	S	S	S	10	46		S	56	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'
1	56	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi comunicativi e dell'alimentazione.	S	S	S	10	7		S	56	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 2 e 3 . Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo.	S	S	S	10	7		S	56	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale , in pazienti con grave disabilità comunicativa.	S	S	S	10	46		S	56	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO
1	56	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale, in pazienti con grave disabilità conseguente al disturbo motorio-sensitivo.	S	S	S	10	46		S	56	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO
1	56	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		S	S			23,2	S		56	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi
1	56	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	S	S	S	10	6,7	S		56	99.29.7	MESOTERAPIA -
1	56	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	Trattamento medio di 15 min. per distretto	S	S	S	8	3,1	S		56	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta
1	58	42.24	Biopsia [endoscopica] dell' esofago	Tale codice è da utilizzarsi per la biopsia di tessuto dell'esofago, stomaco, duodeno , indipendentemente dal numero dei prelievi effettuati e degli organi interessati	S	S			64,4	S		58	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione
1	58	42.29.2	pH metria esofagea (24 ore)		S	S			81,6	S		58	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE) -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	58	42331.0	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] e Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica - mediante argon plasma	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.13		S			141,8	S		58	42.33.1	Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica - mediante argon plasma
1	58	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - mediante argon plasma		S	S			115,9	S		58	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - mediante argon plasma
1	58	43411.0	AESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] e Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica e compresa polipectomia.	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.13 . Tale codice va utilizzato anche per il duodeno		S			139,9	S		58	43.41.1	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica e compresa polipectomia.
1	58	43.41.2	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica e Mediante Argon Plasma		S	S			93	S		58	43.41.2	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica e Mediante Argon Plasma
1	58	44.19.2	Breath test per helicobacter pylori		S	S			13,9	S		58	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) -
1	58	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]		S	S			81,3	S		58	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
1	58	45.13.1	Endoscopia con microcamera	Il nuovo metodo diagnostico "Given Imaging Video Capsule System M2A" con microcamera endoscopica, permette di osservare, valutare tutta la superficie del piccolo intestino dal duodeno sino all'ileo-terminale. Esso può essere utilizzato in tutte le patologie in cui si presuppone il coinvolgimento del piccolo intestino, dalle emorragie occulte alle sindromi polipose, precancerosi, celiachia, AIDS, neoplasie, malattia di Crohn, linfoma	S	S			1100		S	58	45.13.1	ENDOSCOPIA CON MICROCAMERA
1	58	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso		S	S			86,8	S		58	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso
1	58	45.23.1	Colonscopia - ileoscopia retrograda (enteroscopia)		S	S			144,6	S		58	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA -
1	58	45.24	Rettosigmoidoscopia (sigmoidosc. endoscopia fless.		S	S			52,1	S		58	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido (48.23)
1	58	4325.0	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE e successiva Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione -Sono Escluse :Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso e Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24		S			209	S		58	45.25	Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
1	58	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -		S	S			74,9	S		58	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -
1	58	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -		S	S			41,8	S		58	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -
1	58	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO -		S	S			27,9	S		58	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO -
1	58	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON -		S	S			167,3	S		58	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON -
1	58	4542.0	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE e successiva Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopia flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopia rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso e Polipectomia con approccio addominal.	Tale prestazione è sempre effettuata ad integrazione e sostituzione della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24	S	S			203	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominal
1	58	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO 'CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser 'Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)		S	S			124	S		58	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO 'CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser 'Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	58	48.23	Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido		S	S			35,1	S		58	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)
1	58	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia		S	S			58,5	S		58	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia
1	58	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE -		S	S			58,4	S		58	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE -
1	58	48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale		S	S			41,9	S		58	48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale
1	58	49.21	ANOSCOPIA -		S	S			22,7	S		58	49.21	ANOSCOPIA -
1	58	88741.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		S	S			43,9	S		58	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	58	88756.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO con m.d.c.		S	S			152,4	S		58	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	58	8901.23	Visita gastroenterologica di controllo		S	S			12,9	S		58	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	58	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA -		S	S			67,1	S		58	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA -
1	58	89.32.1	Manometria ad alta risoluzione		S	S			93	S		58	89.32.1	Manometria ad alta risoluzione
1	58	897.21	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita gastroenterologica		S	S			20,7	S		58	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	58	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		S	S			31,3	S		58	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia
1	58	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		S	S			62	S		58	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia
1	58	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		S	S			29,4	S		58	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia
1	61	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		61	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	61	57.94	CATETERISMO VESCICALE		S	S			9,1	S		61	57.94	CATETERISMO VESCICALE
1	61	88714.0	Ecografia del collo per linfonodi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		61	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	61	88714.1	Ecografia ghiandole salivari	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		61	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	61	88714.2	Ecografia tiroide - paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		61	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	61	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		S	S			21,2	S		61	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia
1	61	88992.0	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		S	S			31,5	S		61	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	61	88992.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		S	S			31,5	S		61	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	61	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		S	S			43,4	S		61	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body
1	61	8901.24	Visita medico-nucleare di controllo	- Visita di controllo effettuata entro 45 giorni dalla 1° visita -Visita di follow-up -Visita/parere	S	S			12,9	S		61	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	61	8903.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Visita medico nucleare pre trattamento	Tale codifica si riferisce alla visita medico nucleare. Si considera visita medico nucleare pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	S	S			20,7	S		61	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	61	897.38	VISITA MEDICINA NUCLEARE. Prima visita		S	S			20,7	S		61	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	61	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	Generalmente I-131 ioduro di sodio per os.Almeno due misurazioni. In campo pediatrico utilizzare I-123	S	S			45	S		61	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	Qualora siano eseguite prove/test farmacologici è obbligatorio eseguire preliminarmente uno studio basale completo.	S	S			46,1	S		61	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE
1	61	92.01.3	Scintigrafia tiroidea	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera . Obbligatori reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i).	S	S			33,4	S		61	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
1	61	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	Si intende la scintigrafia tiroidea eseguita con indicatori quali Tl201, Ga67, Sestamibi o analoghi, I131 ecc.	S	S			179,7	S		61	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI
1	61	92.01.5	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI	Studio mirato da eseguirsi su indicazioni cliniche precise per la ricerca di sedi di ectopia tiroidea. Esclusa la patologia oncologica tiroidea (eseguire indagine cod. 92.18.1)	S	S			74,7		S	61	92.01.5	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI
1	61	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Eseguirsi almeno tre proiezioni: Ant, Post, Lat. dx. - Qualora il quesito clinico richieda una valutazione addizionale di funzionalità splenica o di diagnostica peculiare in senso oncoematologico (es. linfoma), infettivologico, ecc. va codificato anche 92.05.5 (scintigrafia splenica). In questo caso il referto deve essere specifico e relativo al quesito clinico.	S	S			64,6	S		61	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5
1	61	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Prevede due studi scintigrafici planari per comparare, o con tecnica di sottrazione o con analisi visiva, le immagini epatiche con colloide con quelle del pool ematico epatico. Eseguire almeno 3 proiezioni (Ant., Post, Lat dx).	S	S			115	S		61	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5
1	61	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	La scintigrafia sequenziale prevede lo studio dinamico biliare. Il tempo di esame può essere variato in funzione del quesito clinico proposto o della patologia in studio. Il tempo minimo di acquisizione dello studio dinamico è di 60 minuti, salvo riscontro di referto normale a 30 minuti. Per misurazione della funzionalità si intende una elaborazione della immagine o in senso di generazione di ROI e curve attività/tempo con estensione di parametri temporali o immagini parametriche.	S	S			103,6	S		61	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI
1	61	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5		S	S			154,9	S		61	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5
1	61	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			25,9	S		61	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	Si tratta di immagini statiche renali acquisite sia in posizione supina che prona; se possibile eseguire 6 immagini (Ant, Post, OAD, OAS, OPD, OPS). La prestazione si intende bilaterale.	S	S			56,8	S		61	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5
1	61	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			23	S		61	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.03.3	Scintigrafia sequenziale renale	Comprende: Scintigrafia renale sequenziale. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata. L'esame prevede l'esecuzione di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni morfo-funzionali qualitative sul rene e le vie escrettrici, sia parametri semi-quantitativi temporali (Tmax, T50 sulla curva nefrografica ottenuta con l'impiego di ROI), sia % di funzioni di un rene rispetto all'altro punto. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata con test farmacologico o con test dinamici. Si riferisce all'esecuzione di una scintigrafia renale sequenziale associando, secondo metodi noti standardizzati: la somministrazione di furosemide ( test al Lasix: finalizzato a differenziare una dilatazione delle vie escrettrici renali di natura ostruttiva, da una dilatazione di natura non ostruttiva); la somministrazione di Capoten ( Test al Captopril: finalizzato alla diagnosi o esclusione di ipertensione reno-vascolare ). Lo studio è finalizzato ad ottenere informa	S	S			112,3	S		61	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale
1	61	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	Prevede il cateterismo vescicale e l'introduzione in vescica del radiofarmaco. Non è generalmente necessaria una elaborazione intesa a determinare dati quantitativi. Lo studio è finalizzato a valutare la presenza di reflusso e la sua estensione (fino alla pelvi renale).	S	S			74,4	S		61	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	La procedura trova un'utile applicazione soprattutto a complemento di uno studio renale statico (Tc99M-DMSA).	S	S			41,3	S		61	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.03.6	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI	La metodica, applicata correntemente sia a livello regionale che nazionale, prevede l'impiego di tecnica vivo-vitro senza acquisizioni di immagini. Si basa sul principio generale delle clearances plasmatiche di radiofarmaci iniettati per via venosa e successivi campionamenti di sangue. Essenziale nella insufficienza renale cronica e per studi di nefrotossicità da farmaci.	S	S			120,9		S	61	92.03.6	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI
1	61	92.03.7	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE	Si utilizza la somministrazione intravenosa del tracciante nel paziente laddove non sia consigliabile o possibile eseguirsi citoscintigrafia minzionale diretta (es. non consigliabile cateterismo). Le immagini ottenute sulla regione renale e ureterale durante la fase minzionale consentono la identificazione di un eventuale reflusso. L'acquisizione specifica inizia alla fine della scintigrafia renale sequenziale e termina alla fine della minzione. La metodica non è idonea alla identificazione di un reflusso vescico - ureterale passivo.	S	S			182		S	61	92.03.7	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE
1	61	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	La prestazione prevede l'acquisizione dinamica di 20-30 minuti in proiezione Ant, seguita da esecuzione di test provocativo (esempio somm.ne per os di succo di limone concentrato) e continuazione dello studio dinamico per 15-20 minuti. Al termine occorre acquisire 3 proiezioni statiche (Ant, Latdx e Latsin).	S	S			63,9	S		61	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE
1	61	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	La prestazione prevede sempre elaborazione delle immagini sequenziali acquisite durante la deglutizione del bolo radioattivo e successivamente per 10 minuti negli atti di deglutizione "a secco".	S	S			51,7	S		61	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE
1	61	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	a) Reflusso gastro-esofageo. Visualizzazione del reflusso con stima dell'entità. Radiofarmaco consigliato: Tc99m-solfuro colloidale o Tc99m-DTPA 3,7 MBq (100 uCi) diluito in 300 ml di succo d'arancia acidificato. b) Reflusso duodeno-gastrico. Valgono le modalità già indicate al punto a) In caso di contemporaneo studio standard scintigrafico sequenziale epatobiliare con calcolo degli indici funzionali codificare solo 92.02.3.	S	S			93	S		61	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO
1	61	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	Si intende sia la localizzazione di una gastroenterorragia sia la ricerca di mucosa gastrica ectopica intestinale. Non comprende lo studio per la quantificazione di perdite occulte intestinali. E' indicata solo per la localizzazione di siti di sanguinamento o per escluderli. La ricerca, può essere protratta anche per 36 ore usando la tecnica della riiniezione. Occorre acquisire, immagini sequenziali per 60 minuti. Le acquisizioni di immagini successive e la loro sequenza temporale, verranno di volta in volta decise dal medico nucleare.	S	S			103,3	S		61	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE
1	61	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	Viene eseguito con somministrazione orale di 3,7 MBq di 51 Cr-EDTA (100uCi) Prevede la raccolta delle urine per 24 ore. Nel caso si eseguano misure per lo studio di perdite proteiche o maleassorbimento intestinale, utilizzare questo codice (92.04.5)	S	S			61,5	S		61	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE
1	61	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate	S	S			187	S		61	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO
1	61	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	Nel caso di utilizzo di Tc99m-pirofosfato (finestra temporale 24-168 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA) l'intervallo somministrazione del tracciante-acquisizione dello studio è di 90-240 minuti. Può essere eseguito uno studio precoce all'equilibrio artero-venoso del blood pool cardiaco da utilizzarsi come repere anatomico. Nel caso di impiego di In111-antimiosina o altro radiofarmaco si esegue una doppia acquisizione (24 e 48 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA). Almeno 3 proiezioni (ant OAS 45°, OAS 70° o Lat Sin.)	S	S			51,7	S		61	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	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	Da preferirsi l'iniezione centrale del bolo. Usare collimatori ad elevata efficienza di conteggio. Desumere informazioni quantitative dalla elaborazione della curva di 1° transito e successivamente dall'analisi della curva di attività/volume. Riferirsi per la standardizzazione al testo già citato AIMN, 1994. Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate.	S	S			98,1	S		61	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
1	61	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	Comprende: 1) Angiocardiografia all'equilibrio con calcolo di parametri funzionali. Si intende studio a riposo. Per parametri funzionali si intendono indici funzionali semi-quantitativi e parametri numerici di tipo quantitativo. Devono essere ottenuti almeno i seguenti parametri: - funzione ventricolare globale: FE dx e sin rapportati a valori normali, meglio ma non necessariamente se ottenuti dallo stesso Centro esecutore dell'esame; - funzione regione ventricolare: qualitativa e/o quantitativa per la valutazione delle zone di ipocinesia, acinesia, discinesia - FE regionali. Proiezioni da ottenere da 1 a tre a seconda del quesito clinico ( OAS 45 ° OAS 70° o Lat. sin. ant).	S	S			129,1	S		61	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
1	61	92.05.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	La procedura viene eseguita in genere con Tc99m - solfuro colloidale, più raramente con emazie autologhe marcate, e devono essere ottenute almeno 3 proiezioni (Ant. Post e Lat sin).	S	S			90,1	S		61	92.05.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)
1	61	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	Lo studio trova indicazione nella determinazione della distribuzione corporea totale del midollo osseo per la valutazione di anomalie sia regionali che globali. Può essere impiegata per la individuazione di sedi adeguate alla biopsia o in associazione alla scintigrafia ossea in patologie oncologiche od osteomielitiche (in quest'ultimo caso è utile l'associazione con scintigrafia segmentaria o totale corporea con cellule autologhe marcate).	S	S			108,5	S		61	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY
1	61	92.05.7	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO	Studio scintigrafico in cui vengono impiegati radiofarmaci diversi dagli indicatori di lesione o dai traccianti di perfusione. Esempi: traccianti metabolici (acidi grassi) o neurocardiologici (MIBG- I131 o I123) per lo studio della distribuzione del sistema nervoso simpatico nel miocardio ecc.	S	S			131,3		S	61	92.05.7	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO
1	61	92.05.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO	Si intende lo studio tomografico con iniezione di tracciante. Si richiamano le linee guida al codice 92.05.7	S	S			156,5		S	61	92.05.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO
1	61	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	La prestazione è indicata per la diagnosi di: cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fine 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. Si include anche studio metabolico.	S	S			1071,7	S		61	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO
1	61	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO		S	S			134,8	S		61	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO
1	61	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			41,3	S		61	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	Qualora il medico nucleare ritenga necessario effettuare entrambe le prestazioni è raccomandabile che la massa eritrocitaria ed il volume plasmatico vengano determinate con tecniche indipendenti onde assicurare una maggior precisione dei dati. Possono essere adottate tecniche che prevedono la misura simultanea dei due parametri. Salvo esigenze cliniche particolari, è opportuno che la determinazione della massa eritrocitaria e del volume plasmatico non siano effettuate immediatamente dopo trasfu	S	S			46,2	S		61	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	La marcatura in vitro di emazie autologhe è molto stabile e permette il protrarsi dei campionamenti ematici per almeno due settimane. I tempi di prelievo sono ravvicinati nella prima giornata (10-20-30-60-180 minuti, 6° ora ) e a distanza di 24 ore i successivi per due settimane. Si tiene conto, nell'elaborazione dei dati, del fattore di eluizione del tracciante dalla cellula. Contemporaneamente alla esecuzione dei prelievi vengono effettuate misure di superficie con sonda con rivelatore a scint	S	S			179,3	S		61	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)
1	61	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	E' una metodologia che permette di calcolare con precisione il turnover plasmatico del ferro ed altri parametri come il metabolismo eritrocitario del ferro. Il periodo di campionamento ematico e di misure di superficie sui comportamenti interessati al metabolismo del ferro sono protratti fino al 14° giorno e l'analisi dei dati sperimentali implica l'adozione di modelli interpretativi con una analisi informatica più complessa. Questo codice va utilizzato anche per la Clearance plasmatica del ferr	S	S			143,6	S		61	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA
1	61	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	1) Studio della cinetica dei leucociti: per effettuare questa procedura è indispensabile l'utilizzo di popolazioni leucocitarie pure. La marcatura prevede la separazione della popolazione leucocitaria in esame mediante gradienti di densità. Lo studio della cinetica è effettuato attraverso campionamenti seriati di sangue onde ottenere curve attività/tempo e stabilire il T1/2 e la vita cellulare media. L'utilizzo delle immagini ottenute con gamma camera computerizzata consente di produrre, median	S	S			221,3	S		61	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO
1	61	92.09.8	TEST DI SHILLING	Test raccomandabile nello studio del paziente anemico, su richiesta dello specialista. Lo studio combinato mediante l'impiego contemporaneo di radiofarmaci quali Co58-cianocobalamina e Co57-cianocobalamina legata al fattore intrinseco è raccomandabile per ridurre i tempi di esecuzione di 2 test separati.	S	S			174,6		S	61	92.09.8	TEST DI SHILLING
1	61	92.09.9	GSPECT		S	S			46,3		S	61	92.09.9	GSPECT
1	61	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	Include serie scintigrafiche precoci e tardive (i tempi sono stabiliti in base al tracciante impiegato). Almeno due serie scintigrafiche di 4 proiezioni ciascuna (Ant, Post, Lat. dx, Lat. sin).	S	S			98,1	S		61	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO
1	61	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	Lo studio completo comprende anche: a) lo studio statico precoce all'equilibrio artero-venoso (in genere una proiezione in Anteriore); b) il calcolo degli indici emodinamici espressi come dati semiquantitativi, parametrici, ecc. Infatti abitualmente, e salvo approcci analitici molto particolari, non si fornisce il dato quantitativo assoluto in ml/min/100gr. tessuto cerebrale.	S	S			126,3	S		61	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO
1	61	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	Ogni tipologia di derivazione liquorale che il Neurochirurgo ritenga di effettuare e per la quale sia possibile stabilire o meno la pervietà.	S	S			129,1	S		61	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI
1	61	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR		S	S			206,6	S		61	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR
1	61	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	Include la SPET cerebrale per lo studio di: a) alterazioni della barriera emato-encefalica impiegando radiofarmaci tradizionali come il Tc99m-DTPA o il Tc99m-pertechnetato o il Tc99m-glucoeptonato; b) perfusione cerebrale con traccianti specifici (Xe133, Tc99m-HMPAO, Tc99m-ECD). Analisi semi-quantitative sono opzionali e comprese nella tariffa.	S	S			238,8	S		61	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)
1	61	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	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.	S	S			940	S		61	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	La prestazione e' 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.	S	S			1071,7	S		61	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo
1	61	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera. Obbligatorie reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i). La tecnica di sottrazione non è obbligatoria salvo se si impiega il Tl201.	S	S			191,1	S		61	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide
1	61	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	Allo studio scintigrafico di un iniziale segmento articolare sede di patologia va sempre associato l'esame dell'articolazione controlaterale, ove questa esista, per ovvi motivi di correlazione. Le stesse considerazioni valgono anche per la scintigrafia scheletrica segmentaria.	S	S			57,8	S		61	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA
1	61	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	Si intende la scintigrafia ossea o articolare con studio angiografico, una acquisizione all'equilibrio arterovenoso e uno studio statico del segmento interessato (trifasica)	S	S			78,4	S		61	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA
1	61	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	In particolare ne viene raccomandato l'uso per meglio situare anatomicamente e spazialmente anomalie scintigrafiche focali.	S	S			67,2		S	61	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	In studio planare acquisizione di almeno 6 proiezioni (Ant, Post, Lat dx, Lat sin, OPdx e OPSin). In paziente non collaborante acquisire il massimo numero possibile di proiezioni. La dose di radiofarmaco deve essere di almeno 222 MBq (6mCi) se l'esame è effettuato dopo lo studio scintigrafico di ventilazione (altrimenti possono essere sufficienti 77 MBq (2 mCi)). Salvo impossibilità pratica, è preferibile che il paziente sia iniettato in posizione seduta. Obbligatorio eseguire uno studio Rx tor	S	S			68,5	S		61	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)
1	61	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	Lo studio di ventilazione dovrebbe seguire a quello di perfusione, in quanto una perfusione normale porrebbe fine alle indagini medico-nucleari, salvo specifica richiesta per quesiti diagnostici diversi da quelli di tromboembolia polmonare (TEP) (esempio: broncopatie croniche ostruttive ecc., nel qual caso i due studi potrebbero essere effettuati in giorni diversi). Nel caso di impiego di Xe133, eseguire una proiezione standard posteriore con almeno 740 MBq (20 mCi) di attività somministrata. Lo	S	S			198,6	S		61	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA
1	61	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusoriale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	Per studio quantitativo si intende l'utilizzo di indici funzionali: parametri temporali o rapporti ventilazione/perfusione (V/P) o immagini parametriche, qualora le prestazioni 92.15.1 e 92.15.3 siano eseguite sequenzialmente.	S	S			23	S		61	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusoriale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)
1	61	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO		S	S			169,5	S		61	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO
1	61	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			34,7	S		61	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	Procedura ottenibile mediante introduzione interstiziale sottocutanea di radiofarmaci, marcati con Tc99m di natura colloidale inerti o da aggregati molecolari. Vengono in genere effettuate acquisizioni con gamma camera tra 10-15 minuti, a 2-3 ore ed eventualmente lo studio può protrarsi a 6-24 ore. Le immagini statiche possono essere precedute da una acquisizione dinamica continua per circa 30-60 minuti.	S	S			110,5	S		61	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA
1	61	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI		S	S			213,6	S		61	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI
1	61	92.18.2	Scintigrafia ossea total body	Si intende la TOTAL BODY , preferibilmente eseguita con tecnica di scansione totale corporea. Qualora eseguita con serie di immagini statiche, tuttavia, le stesse devono produrre una esplorazione completa di tutti i segmenti articolari o scheletrici.	S	S			113,1	S		61	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE
1	61	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	Da eseguirsi sempre in pazienti oncologici per stadiazione e per follow-up. Si intende tecnica total body.	S	S			136,6	S		61	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE		S	S			251,6	S		61	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE
1	61	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI		S	S			251,6	S		61	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
1	61	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	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 chemioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico.	S	S			1071,7	S		61	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
1	61	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	Comprende: 1) Studio Basale - Se il radiofarmaco impiegato è marcato con I 131 è necessario bloccare la tiroide con ioduro potassio 1-2 giorni prima dell'esame e 10-14 giorni dopo l'iniezione. Lo studio viene effettuato con I131-Norcolesterolo. La dose somministrata è di 37MBq (1 mCi) per e.v., con iniezione lenta per evitare reazioni da liberazione di istamina. Si acquisiscono immagini in proiezioni Post, Lat dx e Lat sin, preferibilmente al 4° - 5° giorno dopo l'iniezione e in giorni success	S	S			259	S		61	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE
1	61	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	Prevede l'impiego del radiofarmaco I131-MIBG e il blocco tiroideo con ioduro di potassio (1-2 giorni prima e 1 settimana dopo l'iniezione del radiofarmaco). La dose media è di 18,5 - 37 MBq (500-1000 uCi), iniettata lentamente in vena. Si acquisiscono immagini a 24-48 ore e se necessario nei giorni successivi nelle proiezioni Ant e Post (almeno 3 immagini partendo dal collo e terminando alla pelvi). L' applicazione predominante è la ricerca di feocromocitoma e sue metastasi. Se viene usato il r	S	S			293,5	S		61	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE
1	61	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	Include sia lo studio testicolare/scrotale (diagn.diff. tra epididimite e torsione), sia studi di valutazione di disfunzione sessuale (impotenza), angiografia distrettuale peniena di base e sotto stimolo, o valutazione funzionale di varicocele.	S	S			51,7	S		61	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI
1	61	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	Comprende: 1) Angioscintigrafia Distrettuale. Comprende l'acquisizione dinamica (una proiezione) e all'equilibrio artero-venoso (almeno due proiezioni) del transito del tracciante in un particolare distretto vascolare o organo. L'analisi è visiva. Preferibile usare Tc99m-DTPA. In caso di impiego di Tc99m-pertecnato bloccare la tiroide con 200-400 mgr. di perclorato di potassio (per os.) 30 min.prima dell'iniezione del tracciante. 2) Angioscintigrafia distrettuale con calcolo di indici emodin	S	S			86,3	S		61	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)
1	61	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali		S	S			24,8	S		61	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali
1	61	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	Scintigrafia di un solo segmento con indicatori positivi. Lo studio scintigrafico di un solo segmento sede di patologia va associato con quello del segmento controlaterale, ove questo esista, per motivi di correlazione. Se motivato clinicamente e ritenuto necessario dallo specialista medico-nucleare, la richiesta di prestazione monosegmentale va integrata da immagini plurisegmentali. Escluso Codici 92.01.4 - 92.02.4 - 92.15.4	S	S			302,2		S	61	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
1	61	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E	Si intende esame associato a somministrazione di radiofarmaco indipendentemente da studio planare.	S	S			973,6		S	61	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E
1	61	92.19.9	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	S	S			67,2		S	61	92.19.9	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
1	61	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		S	S			84,5	S		61	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq
1	61	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		S	S			17,8	S		61	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		S	S			225	S		61	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA
1	61	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		S	S			658,5	S		61	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq
1	61	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		S	S			274,4	S		61	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi
1	61	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	S	S			1032,9	S		61	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
1	64	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali		S	S			51,7	S		64	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali
1	64	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		S	S			62	S		64	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
1	64	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		S	S			31	S		64	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)
1	64	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)		S	S			62	S		64	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)
1	64	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	S	S			27,9	S		64	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	64	8901.25	Visita oncologica di controllo	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento oncologico. La prestazione si riferisce alle visite di controllo effettuate nell'intervallo fra i singoli trattamenti oncologici (es. visite di controllo nadir e/o altre tossicità).	S	S			12,9	S		64	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	64	8903.02	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Valutazione generale, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi (CAS), ad esclusione dei pazienti ricoverati.	S	S			20,7	S		64	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	64	8905.0	Visita C.A.S. di indirizzo e supporto al percorso diagnostico terapeutico	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di oncologia (ove non ancora attivato il CAS); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test, consenso informato. Il CAS svolge compiti di informazione, accoglienza, amministrativo-gestionali, di analisi dei bisogni e delle priorità (triage), di indirizzo e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico del paziente e di compilazione della Scheda Sintetica Oncologica. Prestazione propedeutica a quelle codificate: 89.03 e 89.07, vincolate per i pazienti ambulatoriali	S	S			40		S	64	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE
1	64	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente, erogata dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)	Valutazione interdisciplinare sul paziente, erogata dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC), indipendentemente dal numero di specialisti presenti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi -CAS.	S	S			46,5	S		64	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	64	897.22	Visita oncologica - Prima visita		S	S			20,7	S		64	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	64	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL paziente oncologico - Per seduta individuale		S	S			4,4	S		64	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale
1	64	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali		S	S			9,7	S		64	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali
1	64	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	S	S			9,7	S		64	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni
1	64	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		S	S			11,6	S		64	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -
1	64	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -		S	S			9,7	S		64	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -
1	68	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)		S	S			82,6	S		68	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	68	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		S	S			180,7	S		68	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
1	68	8901.26	Visita pneumologica di controllo		S	S			12,9	S		68	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	68	89.17.3	Monitoraggio cardio respiratorio completo.	Secondo le linee guida regionali	S	S					S	68	89.17.3	Monitoraggio cardio respiratorio completo.
1	68	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	S	S			23,2	S		68	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
1	68	89.37.2	Spirometria globale con volume residuo		S	S			37,2	S		68	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE -
1	68	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) -		S	S			46,5	S		68	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) -
1	68	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Completa il test codice(89.37.1). Serve a misurare il grado di reversibilit� della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di Beta stimolante.		S			37,2	S		68	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
1	68	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	Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico (metacolina, istamina, carbacholo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	S	S			55,8	S		68	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
1	68	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Per singolo stimolo si intende il singolo allergene inalabile (non materiale d'uso professionale) testato in polvere od in soluzione. La prestazione � conclusa quando si riscontra una positivit� oppure si raggiunge il dosaggio massimo disponibile. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 4 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale o congiuntivale � da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prest	S	S			46,5	S		68	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4
1	68	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria		S	S			23,2	S		68	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria
1	68	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -		S	S			23,2	S		68	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -
1	68	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -		S	S			23,2	S		68	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -
1	68	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -		S	S			46,5	S		68	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -
1	68	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -		S	S			23,2	S		68	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -
1	68	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	S	S			69,7	S		68	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI
1	68	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -		S	S			46,5	S		68	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -
1	68	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -		S	S			23,2	S		68	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -
1	68	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -		S	S			23,2	S		68	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -
1	68	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	S	S			83,7	S		68	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.
1	68	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -		S	S			55,8	S		68	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -
1	68	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia		S	S			12,3	S		68	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia
1	68	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia		S	S			12,3	S		68	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia
1	68	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -		S	S			18,6	S		68	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -
1	68	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		S	S			9,3	S		68	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA
1	68	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -		S	S			12,3	S		68	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -
1	68	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -		S	S			12,3	S		68	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	68	897.23	Visita pneumologica - prima visita		S	S			20,7	S		68	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	68	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta		S	S			5,8	S		68	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta
1	68	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		S	S			8,2	S		68	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)
1	68	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta		S	S			7,8	S		68	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta
1	68	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -		S	S			18,5	S		68	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -
1	70	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC		S	S			32,3	S		70	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC
1	70	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM		S	S			51,6	S		70	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM
1	70	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)		S	S			18,1	S		70	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)
1	70	8901.28	Visita radioterapica di controllo	Visite di follow-up e quelle in corso di trattamento con radioterapia: queste ultime in linea di massima, da eseguirsi almeno una volta alla settimana	S	S			12,9	S		70	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	70	8903.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Visita radioterapica pretrattamento - stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si considera visita radioterapica pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	S	S			20,7	S		70	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	70	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	Consiste nella scelta dei parametri fondamentali del trattamento: bersaglio, dosi, frazionamento, ecc.	S	S			29,6		S	70	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO
1	70	897.25	Prima Visita Radioterapica		S	S			20,7	S		70	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	70	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	Per seduta e per focolaio. La voce Roentgenterapia comprende anche la voce Plesioterapia	S	S			9	S		70	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta
1	70	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			27,1	S		70	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			32,6	S		70	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			64,6	S		70	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			44,8	S		70	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			64,6	S		70	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			96,9	S		70	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta	Trattamento eseguito con hardware e software dedicati, con le seguenti caratteristiche: -sistema di immobilizzazione riposizionabile (caschi stereotassici riposizionabili con sistema di fissaggio del capo oppure sistemi con cuscini a vuoto d'aria contenuti in body frame stereotassici);	S	S			987,8	S		70	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta
1	70	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive	Ogni seduta successiva	S	S			150		S	70	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive
1	70	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			200		S	70	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO
1	70	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	Per seduta e per focolaio trattato. Per "continuità" in questa prestazione si intende quella geometrica e non anatomica. Ad esempio: le catene linfonodali spinali del collo, se vengono trattate bilateralmente con due campi di elettroni, costituiscono due focolai	S	S			48	S		70	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI
1	70	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI / TSEBI)	Per seduta	S	S			1317	S		70	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI / TSEBI)
1	70	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			348,6	S		70	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)
1	70	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE		S	S			546	S		70	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE
1	70	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			179,5	S		70	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			461	S		70	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)
1	70	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			64,6	S		70	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO
1	70	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		S	S			84,5	S		70	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq
1	70	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		S	S			17,8	S		70	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi
1	70	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		S	S			225	S		70	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA
1	70	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		S	S			658,5	S		70	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq
1	70	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		S	S			274,4	S		70	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi
1	70	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	S	S			1032,9	S		70	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
1	70	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico (intero trattamento)	La simulazione comporta: 1 - lo studio radioscopico del volume corporeo da irradiare 2 - la determinazione sulla superficie corporea dei punti di repere necessari all'irradiazione; 3 - l'acquisizione delle immagini ritenute necessarie a documentare la tecnica. La specificazione "intero trattamento" deve essere intesa come l'insieme delle terapie eseguite su un definito focolaio: ogni modifica del focolaio considerato (contemplato in numerosi protocolli di trattamento, ad esempio una sovradosa)	S	S			67,8	S		70	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico (intero trattamento)
1	70	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)		S	S			122,6	S		70	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)
1	70	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM. In caso di iniezione di mezzo contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)		S	S			161,4	S		70	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM. In caso di iniezione di mezzo contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)
1	70	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.	Si tratta dello studio senza la produzione di mappe isodose; il codice è lo stesso sia che venga effettuato manualmente che con il personal computer o altro sistema semplice. Si deve calcolare una sola volta per ogni studio di un focolaio, quale sia il numero di punti calcolati.	S	S			29,9	S		70	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.
1	70	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	L'esecuzione della prestazione prevede anche il computo della dose assoluta e, quindi, va codificato anche 92.29.4. Si applica il codice 92.29.5 anche in caso di utilizzo RM. Nel caso si utilizzino entrambe le tecniche, entrambe vengono codificate.	S	S			113	S		70	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)
1	70	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO. Controllo fisico della ripetibilità del trattamento..	E' compreso in questo gruppo ogni singolo gruppo di misura di dosimetria in vivo	S	S			14	S		70	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO. Controllo fisico della ripetibilità del trattamento..
1	70	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	Va codificato ogni singolo schermo confezionato, esclusi gli schermi standard. In questa voce viene compreso l'uso dei collimatori "multilift", codificando ogni distinta conformazione utilizzata nel corso del trattamento. Per i trattamenti con movimento continuo delle lamelle va codificato uno schermo per ogni posizione discreta utilizzata dal TPS per il calcolo della distribuzione della dose. Il codice va utilizzato per tutti i trattamenti con campi sagomati, da quelli semplici con campi sing	S	S			59,4	S		70	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)
1	70	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)	Si intende qualunque manufatto personalizzato (es. maschere, schiume, sistemi a vuoto spinto) o apparecchiatura graduata che consenta la perfetta immobilizzazione e ripetitività del posizionamento.	S	S			126,8	S		70	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)
1	70	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	E' da codificare ogni singolo filtro confezionato, esclusi i filtri standard. Nella voce è compreso il bolus personalizzato.	S	S			108,6	S		70	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)
1	70	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO. Con apparecchio ecografico (intero trattamento)		S	S			30		S	70	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO. Con apparecchio ecografico (intero trattamento)
1	70	92.30.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE		S	S			250		S	70	92.30.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE
1	70	92.30.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC		S	S			1250		S	70	92.30.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	Lo studio dosimetrico viene eseguito su sezioni corporee ottenute mediante pantografi, profilatori meccanici od ottici	S	S			71,3		S	70	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE
1	70	92.31.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica		S	S			350		S	70	92.31.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica
1	70	92.31.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia		S	S			104		S	70	92.31.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia
1	70	92.31.3	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per brachiterapia 3D		S	S			200		S	70	92.31.3	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per brachiterapia 3D
1	70	92.31.4	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale		S	S			250		S	70	92.31.4	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale
1	70	92.40	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA	Comprende tutti gli esami TC eseguiti nel corso del trattamento per la valutazione della risposta o per il controllo del posizionamento (image guided radiotherapy), nonché il controllo finale al termine della RT.	S	S			120		S	70	92.40	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA
1	70	92.40.1	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	S	S			80		S	70	92.40.1	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE
1	70	92.40.2	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	S	S			170		S	70	92.40.2	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA
1	70	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI	Per l'intero trattamento	S	S			200		S	70	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI
1	70	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico	E' compreso in questo gruppo ogni singolo portal film o immagine portale o controllo mediante ultrasuoni o mediante sistemi di tracking ottico ogni volta che vengono effettuati e per ogni campo.	S	S			20		S	70	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico
1	70	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.	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			82,3	S		70	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.
1	70	99.85.1	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			65		S	70	99.85.1	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO
1	70	99.85.2	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE	per seduta e per focolaio trattato escluse operazione di medicazione, di molage e di misura dosimetrica da tariffarsi a parte.	S	S			173		S	70	99.85.2	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE
1	71	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		S	S			59,3	S		71	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
1	71	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		S	S			27,9	S		71	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	71	8901.29	Visita reumatologica di controllo		S	S			12,9	S		71	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	71	8903.04	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - remautologia	Valuazione morfofunzionale delle articolazioni e dell'attività di malattia in paziente reumatico in trattamento con farmaci biotecnologici, raccolta dati anamnestici, monitoraggio terapia, informazione, accoglienza, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico, rilascio piano terapeutico, inserimento dati nell'Archivio Regionale, aggiornamento cartella clinica ambulatoriale e compilazione referto per il MMG.	S	S			20,7	S		71	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	71	897.26	Prima visita remautologica		S	S			20,7	S		71	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	71	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		S	S			11,6	S		71	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -
1	71	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		S	S			11,2		S	71	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA
1	79	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute	Peeling chimico della cute nella revisione dei granulomi peristomiali	S	S			8,6	S		79	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	79	8901.30	Visita dietologica di controllo	Visita dietologica di controllo, senza elaborazione del programma nutrizionale, inclusa la revisione della terapia dietetica	S	S			12,9	S		79	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	79	8903.05	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	S	S			20,7	S		79	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	79	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	S	S			69,7	S		79	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	79	897.27	, Prima visita dietologa	Visita dietologica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - anamnesi clinica e stato di nutrizione - inquadramento diagnostico - esame obiettivo - valutazione clinica stato di nutrizione - elaborazione programma nutrizionale - programmazione follow-up e stesura relazione	S	S			20,7	S		79	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	79	99.93	Terapia dietetica	Valutazione dietistica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - compilazione cartella dietetica - rilevazione dati antropometrici - anamnesi alimentare pregressa e attuale - valutazione gusti/preferenze/abitudini alimentari - stesura programma nutrizionale con alimenti naturali e/o artificiali - calcolo, elaborazione ed esposizione al paziente del programma nutrizionale personalizzato	S	S			11,9		S	79	99.93	TERAPIA DIETETICA
1	79	99.93.1	Controllo terapia dietetica	Valutazione dietistica di controllo finalizzata a: - stesura di programma nutrizionale, incluso il controllo terapia dietetica - rilevazione e calcolo dell'anamnesi alimentare - per bilancio (idrico, azotato, salino) o tramite food meter o programmi analoghi	S	S			9		S	79	99.93.1	CONTROLLO TERAPIA DIETETICA
1	79	99.93.2	Valutazione della composizione corporea/stato nutrizionale (antropometria, psicometria o Hand-grip)		S	S			9		S	79	99.93.2	Valutazione della composizione corporea/stato nutrizionale (antropometria, psicometria o Hand-grip)
1	79	99.93.3	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodica BIA (Impedenzometria)	Puo' essere eseguita con metodica in mono o multifrequenza, ques'ultima fornisce risultati piu' specifici e predittivi	S	S			14,9		S	79	99.93.3	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodica BIA (Impedenzometria)
1	79	99.93.4	POSIZIONAMENTO SONDA NASO-ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE	Verifica del corretto posizionamento con metodo diretto (insufflazione di aria nello stomaco) o controllo radiografico in casi dubbi. In caso di introduzione post-pilorica (durante manovra in brillanza o endoscopia) e' d'obbligo il controllo Rx addome (codifica 89.19)	S	S			9		S	79	99.93.4	POSIZIONAMENTO SONDA NASO-ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE
1	79	99.93.5	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	Per manovre di riparazione e/o disostruzione. Per riparazione si intende la sostituzione di parti lesionate con apposito kit di riparazione (parte esterna del catetere). La disostruzione puo' essere effettuata con somministrazione diretta di alcool, farmaci proteolitici, guida angiografica sotto controllo fluoroscopico	S	S			17,9		S	79	99.93.5	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE
1	79	99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA		S	S			4,5		S	79	99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA
1	79	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Sostituzione di parti lesionate con appositi kit di riparazione. Disostruzione con somministrazione di acqua e/o aria con siringa di grosso calibro o con farmaci proteolitici.	S	S			8,95		S	79	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA
1	81	8901.43	Visita di controllo cure palliative		S	S			12,9	S		81	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	81	897.39	VISITA PER CURE PALLIATIVE. Prima visita		S	S			20,7	S		81	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	82	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento		S	S			103,3	S		82	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento
1	82	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		S	S			51,7	S		82	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
1	82	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento		S	S			15,5	S		82	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento
1	82	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		S	S			77,5	S		82	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
1	82	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		S	S			184,7	S		82	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -
1	82	8901.31	Visita di controllo Anestesia		S	S			12,9	S		82	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	82	897.30	Prima Visita anestesiológica		S	S			20,7	S		82	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	82	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento del singolo distretto	S	S	S	10	3,1	S		82	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)
1	82	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta	La prestazione si riferisce a patologie trattabili ambulatorialmente e prevede 60 minuti per seduta.	S	S			82,6	S		82	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta
1	82	94.32	IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia		S	S			15,5	S		82	94.32	IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia
1	82	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	S	S	S	10	6,7	S		82	99.29.7	MESOTERAPIA -
1	82	99.91	Agopuntura per anestesia		S	S			9,7	S		82	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA -
1	82	99.92	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso:quella con moxa revulsivante (93.35.1)		S	S			8,5	S		82	99.92	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso:quella con moxa revulsivante (93.35.1)
1	98	8901.44	Visita di controllo laboratorio		S	S			12,9	S		98	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	98	897.40	VISITA LABORATORIO. Prima visita		S	S			20,7	S		98	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	98	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]		S	S			20,6	S		98	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]
1	98	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]		S	S			17,1	S		98	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]
1	98	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B		S	S			5,3	S		98	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B
1	98	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -		S	S			11,6	S		98	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -
1	98	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -		S	S			25,8	S		98	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -
1	98	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		S	S			439	S		98	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA
1	98	99.71.1	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO		S	S			607,6		S	98	99.71.1	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO
1	98	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA		S	S			402,8	S		98	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA
1	98	99.72.1	STAMINOAFERESI		S	S			516,5		S	98	99.72.1	STAMINOAFERESI
1	98	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA		S	S			373,4	S		98	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA
1	98	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE		S	S			43,9	S		98	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE
1	98	99.73.2	SALASSO TERAPEUTICO		S	S			30,4		S	98	99.73.2	SALASSO TERAPEUTICO
1	98	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA		S	S			408	S		98	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA
1	99	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione e certificazione periodica, svolta dal pediatra, secondo il calendario previsto dalla Regione, dello sviluppo fisico, psichico, dei rischi età specifici per la salute, indicazioni di prevenzione e educazione alla salute individuali.	S	S			20		S	99	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)
1	99	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	La prestazione si riferisce esclusivamente all'attività svolta dall'U.V.G., indipendentemente dal numero di operatori coinvolti	S	S			46,5	S		99	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	99	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		S	S			3,9	S		99	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -
1	99	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale		S	S			4,4	S		99	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale
1	99	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta collettiva	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	S	S			1,1	S		99	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO
1	99	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)		S	S			3,9	S		99	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS - Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)
1	99	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -		S	S			11,6	S		99	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -
1	99	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		S	S			11,6	S		99	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -
1	99	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		S	S			11,2		S	99	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA
1	32	93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE	Studio neurofisiologico del SNP (nervi, radici, plessi) e dei muscoli arti superiori. La prestazione è riferita ad 11 segmenti esaminati. Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	S	S			110		S	32	93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE
1	32	93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE)	Studio neurofisiologico del SNP (nervi, radici, plessi) e dei muscoli arti inferiori. La prestazione è riferita ad 8 segmenti esaminati. Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	S	S			85		S	32	93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	93.08.C	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO	Studio neurofisiologico momolaterale del SNP (nervi) e dei muscoli del distretto cranico La prestazione è riferita ad 4 segmenti esaminati Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	S	S			45		S	32	93.08.C	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO
1	37	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta		S	S			14,8		S	37	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta
1	56	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE	Per seduta di 30 min. ciascuna. Pazienti con scollamento cicatrici post-chirurgiche. Trattamento linfedemi primari e secondari. In quest'ultima situazione, in caso di linfoedemi di particolare gravità la seduta è di 60 min. (corrisponde quindi a due prestazioni)	S	S			22,5		S	56	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE
1	68	89.61.2	Ossimetria notturna o saturimetria notturna o pulsoossimetria notturna	Secondo le linee guida regionali	S	S			57,5		S	68	89.61.2	Ossimetria notturna o saturimetria notturna o pulsoossimetria notturna
1	68	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		S	S			12,3	S		68	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
1	68	93.99.2	Addestramento ed addattamento alla protesi ventilatoria non invasiva o invasiva per via tracheostomica e all'erogatore di pressione positiva	Prestazione effettuabile da medico, infermiere, fisioterapista Secondo linee guida regionali	S	S			12,5		S	68	93.99.2	Addestramento ed addattamento alla protesi ventilatoria non invasiva o invasiva per via tracheostomica e all'erogatore di pressione positiva
1	98	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO		S	S			14,7	S		98	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO
1	98	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)		S	S			10,5	S		98	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)
1	98	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]		S	S			10,6	S		98	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]
1	98	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]		S	S			11,2	S		98	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]
1	98	90.01.5	ACIDI BILIARI		S	S			9	S		98	90.01.5	ACIDI BILIARI
1	98	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)		S	S			15,8	S		98	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.02.2	ACIDO CITRICO		S	S			4,1	S		98	90.02.2	ACIDO CITRICO
1	98	90023.0	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)		S	S			9,5	S		98	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)
1	98	90023.1	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)[U]		S	S			9,5	S		98	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)
1	98	90.02.4	ACIDO IPPURICO		S	S			5,8	S		98	90.02.4	ACIDO IPPURICO
1	98	90.02.5	ACIDO LATTICO		S	S			4,8	S		98	90.02.5	ACIDO LATTICO
1	98	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)		S	S			7	S		98	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)
1	98	90.03.2	ACIDO PIRUVICO		S	S			2,8	S		98	90.03.2	ACIDO PIRUVICO
1	98	90.03.3	ACIDO SIALICO		S	S			12,5	S		98	90.03.3	ACIDO SIALICO
1	98	90.03.4	ACIDO VALPROICO		S	S			10,9	S		98	90.03.4	ACIDO VALPROICO
1	98	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)		S	S			18,5	S		98	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.04.1	ADIURETINA (ADH)		S	S			20,6	S		98	90.04.1	ADIURETINA (ADH)
1	98	90.04.2	CATECOLAMINE [P]		S	S			22,7	S		98	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]
1	98	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA		S	S			4,7	S		98	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA
1	98	90045.0	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S]		S	S			1	S		98	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
1	98	90045.1	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [U]		S	S			1	S		98	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
1	98	90.04.6	CROMOGRANINA A		S	S			30		S	98	90.04.6	CROMOGRANINA A
1	98	90.04.7	METANEFRIE FRAZIONATE		S	S			50		S	98	90.04.7	METANEFRIE FRAZIONATE
1	98	90051.0	ALBUMINA [S]		S	S			1,4	S		98	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
1	98	90051.1	ALBUMINA [U]		S	S			1,4	S		98	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
1	98	90051.2	ALBUMINA [dU]		S	S			1,4	S		98	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
1	98	90.05.2	ALDOLASI [S]		S	S			2	S		98	90.05.2	ALDOLASI [S]
1	98	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]		S	S			5,3	S		98	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
1	98	90055.0	ALFA 1 FETOPROTEINA [S]		S	S			7,4	S		98	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
1	98	90055.1	ALFA 1 FETOPROTEINA [La]		S	S			7,4	S		98	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
1	98	90055.2	ALFA 1 FETOPROTEINA [Alb]		S	S			7,4	S		98	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
1	98	90.05.6	PREALBUMINA		S	S			6		S	98	90.05.6	PREALBUMINA
1	98	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]		S	S			5,3	S		98	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]
1	98	90062.0	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S]		S	S			5,3	S		98	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90062.1	ALFA 1 MICROGLOBULINA [U]		S	S			5,3	S		98	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA		S	S			5,3	S		98	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA
1	98	90064.0	ALFA AMILASI [S]		S	S			1,8	S		98	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
1	98	90064.1	ALFA AMILASI [U]		S	S			1,8	S		98	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
1	98	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)		S	S			3,7	S		98	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)
1	98	90071.0	ALLUMINIO [S]		S	S			8,2	S		98	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]
1	98	90071.1	ALLUMINIO [U]		S	S			8,2	S		98	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]
1	98	90072.0	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90072.1	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [U]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90072.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [Sg]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90072.3	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [P]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90073.0	AMINOACIDI TOTALI [S]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90073.1	AMINOACIDI TOTALI [U]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90073.2	AMINOACIDI TOTALI [Sg]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90073.3	AMINOACIDI TOTALI [P]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90.07.4	AMITRIPTILINA		S	S			7,9	S		98	90.07.4	AMITRIPTILINA
1	98	90.07.5	AMMONIO [P]		S	S			6,4	S		98	90.07.5	AMMONIO [P]



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.07.6	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)		S	S			10		S	98	90.07.6	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)
1	98	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC-Cromatografia liquida)		S	S			30		S	98	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]		S	S			14,6	S		98	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]
1	98	90.08.2	ANGIOTENSINA II		S	S			12,5	S		98	90.08.2	ANGIOTENSINA II
1	98	90083.0	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi		S	S			8,9	S		98	90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.
1	98	90083.1	ANTIBIOTICI - Vancomicina (o glicopeptidi?)		S	S			8,9	S		98	90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.
1	98	90.08.4	APOLIPOPROTEINA A		S	S			5,3	S		98	90.08.4	APOLIPOPROTEINA AP1.
1	98	90.08.6	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE		S	S			4,7		S	98	90.08.6	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE
1	98	90.09.1	APTOGLOBINA		S	S			5,3	S		98	90.09.1	APTOGLOBINA
1	98	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]		S	S			1	S		98	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]
1	98	90.09.3	BARBITURICI		S	S			7,4	S		98	90.09.3	BARBITURICI
1	98	90.09.4	BENZODIAZEPINE		S	S			10,3	S		98	90.09.4	BENZODIAZEPINE
1	98	90.09.5	BENZOLO		S	S			8,3	S		98	90.09.5	BENZOLO
1	98	90101.0	BETA2 MICROGLOBULINA [S]		S	S			5,3	S		98	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90101.1	BETA2 MICROGLOBULINA [U]		S	S			5,3	S		98	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)		S	S			0,5	S		98	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)
1	98	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)		S	S			0,9	S		98	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)
1	98	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE		S	S			1,1	S		98	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE
1	98	90.10.5	BILIRUBINA FRAZIONATA		S	S			1,4	S		98	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
1	98	90.10.6	BIOTINIDASI		S	S			12,7		S	98	90.10.6	BIOTINIDASI
1	98	90.11.1	C PEPTIDE		S	S			12,1	S		98	90.11.1	C PEPTIDE
1	98	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 )		S	S			50,7	S		98	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 )
1	98	90113.0	CADMIO		S	S			8,2	S		98	90.11.3	CADMIO
1	98	90113.1	CADMIO [dU]		S	S			8,2	S		98	90.11.3	CADMIO
1	98	90114.0	CALCIO TOTALE [S]		S	S			1,1	S		98	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
1	98	90114.1	CALCIO TOTALE [U]		S	S			1,1	S		98	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
1	98	90114.2	CALCIO TOTALE [dU]		S	S			1,1	S		98	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
1	98	90.11.5	CALCITONINA		S	S			14,4	S		98	90.11.5	CALCITONINA
1	98	90.11.6	CALCIO IONIZZATO		S	S			6,3		S	98	90.11.6	CALCIO IONIZZATO
1	98	90.12.1	CALCOLI BILIARI (Ricerca semiquantitativa)		S	S			8,5	S		98	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)
1	98	90122.0	CALCOLI BILIARI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		S	S			4,6	S		98	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)
1	98	90122.1	CALCOLI URINARI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		S	S			4,6	S		98	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)
1	98	90.12.3	CARBAMAZEPINA		S	S			12	S		98	90.12.3	CARBAMAZEPINA
1	98	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE		S	S			11,3	S		98	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE
1	98	90.12.5	CERULOPLASMINA		S	S			5,3	S		98	90.12.5	CERULOPLASMINA
1	98	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]		S	S			4,9	S		98	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]
1	98	90132.0	CICLOSPORINA	Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	S	S			14,6	S		98	90.13.2	CICLOSPORINA
1	98	90132.1	OXCARBAMAZEPINA	Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	S	S			14,6	S		98	90.13.2	CICLOSPORINA
1	98	90133.0	CLORURO [S]		S	S			1,1	S		98	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
1	98	90133.1	CLORURO [U]		S	S			1,1	S		98	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
1	98	90133.2	CLORURO [dU]		S	S			1,1	S		98	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
1	98	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)		S	S			9	S		98	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)
1	98	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]		S	S			7,3	S		98	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
1	98	90.14.1	COLESTEROLE HDL		S	S			1,4	S		98	90.14.1	COLESTEROLE HDL
1	98	90.14.2	COLESTEROLE LDL		S	S			0,7	S		98	90.14.2	COLESTEROLE LDL
1	98	90.14.3	COLESTEROLE TOTALE		S	S			1	S		98	90.14.3	COLESTEROLE TOTALE
1	98	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)		S	S			1,4	S		98	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
1	98	90.14.5	COPROPORFIRINE		S	S			5,8	S		98	90.14.5	COPROPORFIRINE
1	98	90.15.1	CORPI CHETONICI		S	S			0,5	S		98	90.15.1	CORPI CHETONICI
1	98	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]		S	S			18,5	S		98	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]
1	98	90153.0	CORTISOLO [S]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
1	98	90153.1	CORTISOLO [U]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
1	98	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)		S	S			1,4	S		98	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)
1	98	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)		S	S			4,2	S		98	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)
1	98	90.15.6	CORTICOSTEROIDI : ALTRI		S	S			12,6		S	98	90.15.6	CORTICOSTEROIDI : ALTRI
1	98	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI		S	S			2,6	S		98	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI
1	98	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME		S	S			11,3	S		98	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME
1	98	90163.0	CREATININA [S]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.1	CREATININA [U]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.2	CREATININA [dU]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.3	CREATININA [La]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.4	CREATINA		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.5	CREATINA [U]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90.16.4	CREATININA CLEARANCE		S	S			1,6	S		98	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
1	98	90.16.5	CROMO		S	S			8,2	S		98	90.16.5	CROMO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.16.6	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)		S	S			7,6		S	98	90.16.6	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)
1	98	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)		S	S			9,3	S		98	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)
1	98	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)		S	S			15,6	S		98	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)
1	98	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE		S	S			13	S		98	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE
1	98	90.17.4	DESIPRAMINA		S	S			7,9	S		98	90.17.4	DESIPRAMINA
1	98	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)		S	S			20,6	S		98	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)
1	98	90181.0	DOPAMINA [S]		S	S			15,6	S		98	90.18.1	DOPAMINA [S/U]
1	98	90181.1	DOPAMINA [U]		S	S			15,6	S		98	90.18.1	DOPAMINA [S/U]
1	98	90.18.2	DOXEPINA		S	S			6,6	S		98	90.18.2	DOXEPINA
1	98	90183.0	DROGHE D'ABUSO - LSD		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.1	DROGHE D'ABUSO - LSD [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.2	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.3	DROGHE D'ABUSO - Oppiacei		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.4	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.5	DROGHE D'ABUSO - Oppiacei [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.6	DROGHE D'ABUSO - Caffaina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.7	DROGHE D'ABUSO - Feniliclidina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.8	DROGHE D'ABUSO - Cannabinoidi		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.9	DROGHE D'ABUSO - Feniliclidina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.10	DROGHE D'ABUSO - Cannabinoidi [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.11	DROGHE D'ABUSO - Propossifene		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.12	DROGHE D'ABUSO - Cocaina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.13	DROGHE D'ABUSO - Nicotina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.14	DROGHE D'ABUSO - Cocaina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.15	DROGHE D'ABUSO - Nicotina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.16	DROGHE D'ABUSO - Eroina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.17	DROGHE D'ABUSO - Eroina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.18	DROGHE D'ABUSO - Antidepressivi triciclici [S]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.19	DROGHE D'ABUSO - Antidepressivi triciclici [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.20	DROGHE D'ABUSO - Metadone		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90183.21	DROGHE D'ABUSO - Metadone [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD,Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.22	DROGHE D'ABUSO - Ketamina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD,Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.23	DROGHE D'ABUSO - Ketamina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD,Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)		S	S			16,6	S		98	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)
1	98	90.18.5	ERITROPOIETINA		S	S			20,7	S		98	90.18.5	ERITROPOIETINA
1	98	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)		S	S			7,1		S	98	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)
1	98	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)		S	S			29,9		S	98	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)
1	98	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico		S	S			50		S	98	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico
1	98	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI		S	S			4,9	S		98	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI
1	98	90192.0	ESTRADIOLO (E2) [S]		S	S			9,1	S		98	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]
1	98	90192.1	ESTRADIOLO (E2) [U]		S	S			9,1	S		98	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]
1	98	90193.0	ESTRIOLO (E3) [S]		S	S			6,9	S		98	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]
1	98	90193.1	ESTRIOLO (E3) [U]		S	S			6,9	S		98	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]
1	98	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO		S	S			8,3	S		98	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO
1	98	90.19.5	ESTRONE (E1)		S	S			15	S		98	90.19.5	ESTRONE (E1)
1	98	90.19.6	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)		S	S			22		S	98	90.19.6	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)
1	98	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)		S	S			7,1		S	98	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)
1	98	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S)		S	S			22		S	98	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S)
1	98	90.19.C	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico		S	S			29,9		S	98	90.19.C	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico
1	98	90.20.1	ETANOLO		S	S			6,8	S		98	90.20.1	ETANOLO
1	98	90.20.2	ETOSUCCIMIDE		S	S			10,6	S		98	90.20.2	ETOSUCCIMIDE
1	98	90203.0	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90203.1	FARMACI ANTIARITMICI - Disopiramide		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90203.2	FARMACI ANTIARITMICI - Lidocaina		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90203.3	FARMACI ANTIARITMICI - Procainamide		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90204.0	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene		S	S			8,8	S		98	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.
1	98	90204.1	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Paracetamolo		S	S			8,8	S		98	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.
1	98	90204.2	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Salicilati		S	S			8,8	S		98	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.
1	98	90205.0	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide		S	S			11,4	S		98	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.
1	98	90205.1	FARMACI ANTITUMORALI - Metotressato		S	S			11,4	S		98	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.
1	98	90.20.6	FENOBARBITAL		S	S			13,1		S	98	90.20.6	FENOBARBITAL
1	98	90.20.7	FARMACI : ALTRI		S	S			13,1		S	98	90.20.7	FARMACI : ALTRI
1	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gasmassa)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gasmassa)
1	98	90211.0	DIGOSSINA		S	S			10	S		98	90.21.1	FARMACI DIGITALICI
1	98	90211.1	DIGITOSSINA		S	S			10	S		98	90.21.1	FARMACI DIGITALICI
1	98	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE		S	S			24,7	S		98	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE
1	98	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)		S	S			6,1	S		98	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)
1	98	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO		S	S			3,5	S		98	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO
1	98	90.21.5	FENILALANINA		S	S			3,1	S		98	90.21.5	FENILALANINA
1	98	90.21.6	FECI : DOSAGGIO GRASSI		S	S			12,8		S	98	90.21.6	FECI : DOSAGGIO GRASSI
1	98	90.21.7	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI		S	S			4,6		S	98	90.21.7	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI
1	98	90.21.8	FECI : POTERE TRIPTICO		S	S			4,6		S	98	90.21.8	FECI : POTERE TRIPTICO
1	98	90.21.9	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI		S	S			25,9		S	98	90.21.9	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI
1	98	90.21.A	ELASTASI FECALE		S	S			20		S	98	90.21.A	ELASTASI FECALE
1	98	90.21.B	BNP	La voce si applica anche per PRO-BNP.	S	S			25		S	98	90.21.B	BNP
1	98	90.22.1	FENITOINA		S	S			10,7	S		98	90.22.1	FENITOINA
1	98	90.22.2	FENOLO [U]		S	S			3,2	S		98	90.22.2	FENOLO [U]
1	98	90223.0	FERRITINA [P]		S	S			6,4	S		98	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
1	98	90223.1	FERRITINA [(Sg)Er]		S	S			6,4	S		98	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
1	98	90.22.4	FERRO [dU]		S	S			4,8	S		98	90.22.4	FERRO [dU]

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.22.5	FERRO [S]		S	S			1,1	S		98	90.22.5	FERRO [S]
1	98	90231.0	FLUORO		S	S			5,6	S		98	90.23.1	FLUORO
1	98	90231.1	FLUORO [U]		S	S			5,6	S		98	90.23.1	FLUORO
1	98	90232.0	FOLATO [S]		S	S			6,4	S		98	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
1	98	90232.1	FOLATO [(Sg)Er]		S	S			6,4	S		98	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
1	98	90233.0	FOLLITROPINA (FSH) [S]		S	S			6,2	S		98	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]
1	98	90233.1	FOLLITROPINA (FSH) [U]		S	S			6,2	S		98	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]
1	98	90.23.4	FOSFATASI ACIDA		S	S			1,7	S		98	90.23.4	FOSFATASI ACIDA
1	98	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		S	S			1	S		98	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
1	98	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO		S	S			12,3	S		98	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO
1	98	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)		S	S			10,2	S		98	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)
1	98	90243.0	FOSFATO INORGANICO [S]		S	S			1,5	S		98	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]
1	98	90243.1	FOSFATO INORGANICO [U]		S	S			1,5	S		98	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]
1	98	90243.2	FOSFATO INORGANICO [dU]		S	S			1,5	S		98	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]
1	98	90.24.4	FOSFOESOSISOIMERASI (PHI)		S	S			1	S		98	90.24.4	FOSFOESOSISOIMERASI (PHI)
1	98	90.24.5	FOSFORO		S	S			1,5	S		98	90.24.5	FOSFORO
1	98	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]		S	S			2,2	S		98	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]
1	98	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]		S	S			7,4	S		98	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]
1	98	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)		S	S			12,5	S		98	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)
1	98	90254.0	GALATTOSIO [S]		S	S			3,8	S		98	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]
1	98	90254.1	GALATTOSIO [U]		S	S			3,8	S		98	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]
1	98	90255.0	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S]		S	S			1,1	S		98	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
1	98	90255.1	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [U]		S	S			1,1	S		98	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
1	98	90.26.1	GASTRINA [S]		S	S			14,1	S		98	90.26.1	GASTRINA [S]
1	98	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)		S	S			6,7	S		98	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)
1	98	90.26.3	GLUCAGONE [S]		S	S			8,2	S		98	90.26.3	GLUCAGONE [S]
1	98	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)		S	S			2,4	S		98	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)
1	98	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)		S	S			3,3	S		98	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)
1	98	90271.0	GLUCOSIO [S]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.1	GLUCOSIO [P]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.2	GLUCOSIO [U]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.3	GLUCOSIO [dU]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.4	GLUCOSIO [La]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]		S	S			7,2	S		98	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]
1	98	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]		S	S			6	S		98	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]
1	98	90274.0	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S]		S	S			11,5	S		98	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]
1	98	90274.1	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [U]		S	S			11,5	S		98	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]
1	98	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)		S	S			10	S		98	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)
1	98	90.27.6	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)		S	S			12		S	98	90.27.6	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)
1	98	90.27.7	Inibina A (InhA)		S	S			20		S	98	90.27.7	Inibina A (InhA)
1	98	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA		S	S			7,4	S		98	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
1	98	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]		S	S			16	S		98	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]
1	98	90.28.3	IMIPRAMINA		S	S			14,1	S		98	90.28.3	IMIPRAMINA
1	98	90284.0	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S]		S	S			10,6	S		98	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]
1	98	90284.1	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [U]		S	S			10,6	S		98	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]
1	98	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)		S	S			27,8	S		98	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)
1	98	90.29.1	INSULINA [S]		S	S			8,7	S		98	90.29.1	INSULINA [S]
1	98	90292.0	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S]		S	S			1,1	S		98	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
1	98	90292.1	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [F]		S	S			1,1	S		98	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
1	98	90.29.3	LATTE MULIERBE		S	S			3,6	S		98	90.29.3	LATTE MULIERBE
1	98	90294.0	LATTOSIO [U]		S	S			3,4	S		98	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]
1	98	90294.1	LATTOSIO [Ls]		S	S			3,4	S		98	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]
1	98	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]		S	S			2,5	S		98	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]
1	98	90.29.6	LEUCOTRIENI		S	S			18,5		S	98	90.29.6	LEUCOTRIENI
1	98	90.29.7	LEPTINA		S	S			30		S	98	90.29.7	LEPTINA
1	98	90.30.1	LEVODOPA		S	S			7,9	S		98	90.30.1	LEVODOPA
1	98	90.30.2	LIPASI [S]		S	S			2,6	S		98	90.30.2	LIPASI [S]
1	98	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)		S	S			12,3	S		98	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)
1	98	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		S	S			5,9	S		98	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
1	98	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI		S	S			1,1	S		98	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI
1	98	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)		S	S			10,2	S		98	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA		S	S			15,9	S		98	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA
1	98	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS		S	S			0,9	S		98	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS
1	98	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'		S	S			5,1	S		98	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'
1	98	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'		S	S			8,1	S		98	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'
1	98	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		S	S			3,5	S		98	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
1	98	90.32.2	LITIO [P]		S	S			3,5	S		98	90.32.2	LITIO [P]
1	98	90323.0	LUTEOTROPINA (LH) [S]		S	S			7,2	S		98	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]
1	98	90323.1	LUTEOTROPINA (LH) [U]		S	S			7,2	S		98	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]
1	98	90324.0	LUTEOTROPINA (LH) Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )		S	S			39,1	S		98	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )
1	98	90324.1	FOLLITROPINA (FSH) Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )		S	S			39,1	S		98	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )
1	98	90325.0	MAGNESIO TOTALE [S]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90325.1	MAGNESIO TOTALE [U]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90325.2	MAGNESIO TOTALE [dU]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90325.3	MAGNESIO TOTALE [(Sg)Er]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90.33.1	MANGANESE [S]		S	S			5,6	S		98	90.33.1	MANGANESE [S]
1	98	90.33.2	MEPROBAMATO		S	S			8,6	S		98	90.33.2	MEPROBAMATO
1	98	90.33.3	MERCURIO		S	S			8,2	S		98	90.33.3	MERCURIO
1	98	90334.0	MICROALBUMINURIA		S	S			4,1	S		98	90.33.4	MICROALBUMINURIA
1	98	90334.1	MICROALBUMINURIA [dU]		S	S			4,1	S		98	90.33.4	MICROALBUMINURIA
1	98	90335.0	MIOGLOBINA [S]		S	S			6,9	S		98	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]
1	98	90335.1	MIOGLOBINA [U]		S	S			6,9	S		98	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]
1	98	90.33.6	MARKER TUMORALI: ALTRI		S	S			12,5		S	98	90.33.6	MARKER TUMORALI :ALTRI
1	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90.33.8	MARKERS DI TURNOVER OSSEO: ALTRI		S	S			25		S	98	90.33.8	MARKERS DI TURNOVER OSSEO : ALTRI
1	98	90.33.9	IGF-BP3		S	S			15		S	98	90.33.9	IGF-BP3
1	98	90.33.A	CALPROTECTINA FECALE		S	S			25		S	98	90.33.A	calprotectina fecale
1	98	90.34.1	NEOPTERINA		S	S			11,1	S		98	90.34.1	NEOPTERINA
1	98	90342.0	NICHEL		S	S			9,1	S		98	90.34.2	NICHEL
1	98	90342.1	NICHEL [Du]		S	S			9,1	S		98	90.34.2	NICHEL
1	98	90.34.3	NORTRIPTILINA		S	S			5,5	S		98	90.34.3	NORTRIPTILINA
1	98	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO		S	S			6,2	S		98	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]		S	S			10,9	S		98	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]
1	98	90346.0	OSMOLALITA' [P]		S	S			4,1		S	98	90.34.6	OSMOLALITA' [P/U]
1	98	90346.1	OSMOLALITA' [U]		S	S			4,1		S	98	90.34.6	OSMOLALITA' [P/U]
1	98	90351.0	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P]		S	S			10,5	S		98	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]
1	98	90351.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [U]		S	S			10,5	S		98	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]
1	98	90352.0	17 OH-P: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.1	FSH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.2	LH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.3	TSH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.4	ACTH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.5	CORTISOLO: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.6	GH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90.35.3	OSSALATI [U]		S	S			6,3	S		98	90.35.3	OSSALATI [U]
1	98	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)		S	S			27,2	S		98	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)
1	98	90355.0	PARATORMONE (PTH) [S]		S	S			18,9	S		98	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
1	98	90355.1	PROCALCITONINA [S]		S	S			18,9	S		98	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
1	98	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]		S	S			5,6	S		98	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]
1	98	90.36.2	pH EMATICO		S	S			5,2	S		98	90.36.2	pH EMATICO
1	98	90363.0	PIOMBO [S]		S	S			18,2	S		98	90.36.3	PIOMBO [S/U]
1	98	90363.1	PIOMBO [U]		S	S			18,2	S		98	90.36.3	PIOMBO [S/U]
1	98	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]		S	S			8,5	S		98	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]
1	98	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)		S	S			7,3	S		98	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)
1	98	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)		S	S			13,2	S		98	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)
1	98	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]		S	S			5,9	S		98	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]
1	98	90.37.3	POST COITAL TEST		S	S			17,6	S		98	90.37.3	POST COITAL TEST
1	98	90374.0	POTASSIO [S]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90374.1	POTASSIO [U]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90374.2	POTASSIO [dU]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90374.3	POTASSIO [(Sg)Er]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90.37.5	PRIMIDONE		S	S			10,6	S		98	90.37.5	PRIMIDONE
1	98	90.38.1	PROGESTERONE [S]		S	S			9,1	S		98	90.38.1	PROGESTERONE [S]
1	98	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]		S	S			7,1	S		98	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]
1	98	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )		S	S			19,7	S		98	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )
1	98	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		S	S			4,2	S		98	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.
1	98	90385.0	PROTEINE [S]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90385.1	PROTEINE [U]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90385.2	PROTEINE [dU]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90385.3	PROTEINE [La]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90.38.6	PROSTAGLANDINE		S	S			18,5		S	98	90.38.6	PROSTAGLANDINE
1	98	90.38.7	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO		S	S			12,8		S	98	90.38.7	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO
1	98	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		S	S			4,2	S		98	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.
1	98	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA		S	S			7,6	S		98	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA
1	98	90393.0	PURINE E LORO METABOLITI		S	S			10,4	S		98	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI
1	98	90393.1	PURINE E LORO METABOLITI [U]		S	S			10,4	S		98	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI
1	98	90394.0	RAME [S]		S	S			4,7	S		98	90.39.4	RAME [S/U]
1	98	90394.1	RAME [U]		S	S			4,7	S		98	90.39.4	RAME [S/U]
1	98	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI		S	S			19,1	S		98	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI
1	98	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE		S	S			15,8	S		98	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE
1	98	90.40.2	RENINA [P]		S	S			23,2	S		98	90.40.2	RENINA [P]
1	98	90.40.3	SELENIO		S	S			6,2	S		98	90.40.3	SELENIO
1	98	90404.0	SODIO [S]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90404.1	SODIO [U]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90404.2	SODIO [dU]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90404.3	SODIO [(Sg)Er]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO		S	S			4,2	S		98	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO
1	98	90406.0	SEROTONINA [S]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90406.1	SEROTONINA [P]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90406.2	SEROTONINA [Ps]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90406.3	SEROTONINA [U]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90.40.7	SOLFATI		S	S			6,3		S	98	90.40.7	SOLFATI
1	98	90.40.8	SOMATOMEDINA		S	S			15		S	98	90.40.8	SOMATOMEDINA
1	98	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na* e K*)		S	S			9,9	S		98	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na* e K*)
1	98	90.41.2	TEOFILLINA		S	S			12,4	S		98	90.41.2	TEOFILLINA
1	98	90413.0	TESTOSTERONE [P]		S	S			9,8	S		98	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]
1	98	90413.1	TESTOSTERONE [U]		S	S			9,8	S		98	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]
1	98	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO		S	S			14,2	S		98	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO
1	98	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)		S	S			13,3	S		98	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)
1	98	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)		S	S			5,5	S		98	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
1	98	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )		S	S			16,3	S		98	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )
1	98	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)		S	S			6,4	S		98	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
1	98	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)		S	S			3,6	S		98	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)
1	98	90.42.5	TRANSFERRINA [S]		S	S			4,8	S		98	90.42.5	TRANSFERRINA [S]
1	98	90.42.6	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT		S	S			18,5		S	98	90.42.6	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT
1	98	90.42.7	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT		S	S			18,5		S	98	90.42.7	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT
1	98	90.42.8	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA		S	S			15		S	98	90.42.8	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA
1	98	90.42.9	TSH Reflex (TSH -R)	Applicazione D.G.R. n° 21-9688 del 30/09/2008 "Adeguatezza prescrittiva" Prestazione non associabile a: FT4 (90.42.3), FT3 (90.43.3), TSH (90.42.1), AbTg (90.54.4), AbTPO (90.51.4). Il TSH-R è da richiedersi solo nel sospetto di disfunzione tiroidea ( patologia non ancora accertata ). Il TSH-R non deve quindi essere richiesto nel caso di pazienti con patologia tiroidea nota ( e in trattamento ). Non è inoltre indicato per il monitoraggio della funzione tiroide in gravidanza e in età pediatrica.	S	S			10		S	98	90.42.9	TSH Reflex (TSH -R)
1	98	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).	La tariffa è comprensiva di tutti e tre i dosaggi	S	S			23,3	S		98	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).
1	98	90.43.2	TRIGLICERIDI		S	S			1,2	S		98	90.43.2	TRIGLICERIDI
1	98	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)		S	S			6,4	S		98	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
1	98	90434.0	TRIPSINA [S]		S	S			9,5	S		98	90.43.4	TRIPSINA [S/U]
1	98	90434.1	TRIPSINA [U]		S	S			9,5	S		98	90.43.4	TRIPSINA [S/U]
1	98	90435.0	URATO [S]		S	S			1,1	S		98	90.43.5	URATO [S/U/dU]
1	98	90435.1	URATO [U]		S	S			1,1	S		98	90.43.5	URATO [S/U/dU]

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90435.2	URATO [dU]		S	S			1,1	S		98	90.43.5	URATO [S/U/dU]
1	98	90.43.6	TEST COMBINATO (f-)-hCG+PAPP-A)	Da eseguirsi nel 1° trimestre di gravidanza	S	S			26		S	98	90.43.6	TEST COMBINATO (f-)-hCG+PAPP-A)
1	98	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi nel 2° trimestre di gravidanza	S	S			52,8		S	98	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)
1	98	90.43.8	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP-A+AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi al 1° e al 2° trimestre di gravidanza. La tariffa è comprensiva dei due prelievi.	S	S			64,8		S	98	90.43.8	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP-A+AFP+hCG+uE3+InhA)
1	98	90441.0	UREA [S]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90441.1	UREA [P]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90441.2	UREA [U]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90441.3	UREA [dU]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS		S	S			3,5	S		98	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS
1	98	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		S	S			2,2	S		98	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
1	98	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)		S	S			0,5	S		98	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)
1	98	90.44.5	VITAMINA D		S	S			15,9	S		98	90.44.5	VITAMINA D
1	98	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA C		S	S			11,2	S		98	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90452.0	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA A		S	S			11,2	S		98	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90452.1	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA E		S	S			11,2	S		98	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)		S	S			15,9	S		98	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)
1	98	90454.0	ZINCO [S]		S	S			5,6	S		98	90.45.4	ZINCO [S/U]
1	98	90454.1	ZINCO [U]		S	S			5,6	S		98	90.45.4	ZINCO [S/U]
1	98	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]		S	S			8,4	S		98	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]
1	98	90.45.6	SORBITOLO: DETERMINAZIONE		S	S			7		S	98	90.45.6	SORBITOLO: DETERMINAZIONE
1	98	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO		S	S			7,4	S		98	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO
1	98	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	Per diagnosi di diatesi emorragiche	S	S			9,7	S		98	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA
1	98	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)		S	S			6,7	S		98	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)
1	98	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA		S	S			6	S		98	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA
1	98	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B		S	S			4,2	S		98	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B
1	98	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)		S	S			13,2	S		98	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)
1	98	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO		S	S			11,3	S		98	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO
1	98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)		S	S			12,4	S		98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
1	98	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)		S	S			8,3	S		98	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)
1	98	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)		S	S			10,3	S		98	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
1	98	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO		S	S			10,7	S		98	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO
1	98	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)		S	S			1,8	S		98	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)
1	98	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)		S	S			8,4	S		98	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)
1	98	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)		S	S			18,9	S		98	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)
1	98	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE		S	S			24,3	S		98	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE
1	98	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		S	S			8,4	S		98	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
1	98	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII		S	S			11,4	S		98	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII
1	98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)		S	S			10,3	S		98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)
1	98	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO		S	S			15,7		S	98	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO
1	98	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI		S	S			15,7		S	98	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI
1	98	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno		S	S			18,3		S	98	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno
1	98	90.49.9	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI		S	S			22,3		S	98	90.49.9	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI
1	98	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI		S	S			14		S	98	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI
1	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A	Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	S	S			25		S	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A
1	98	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)		S	S			35,8	S		98	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)
1	98	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)		S	S			35,8	S		98	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)
1	98	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)		S	S			21	S		98	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)
1	98	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)		S	S			18,8	S		98	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)
1	98	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)		S	S			7,8	S		98	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)
1	98	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		S	S			12,1	S		98	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)
1	98	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI		S	S			41,9	S		98	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI
1	98	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG		S	S			10,3	S		98	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG
1	98	90514.0	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS)		S	S			11,3	S		98	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90514.1	ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)		S	S			11,3	S		98	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)
1	98	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)		S	S			8,2	S		98	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
1	98	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)		S	S			9,4	S		98	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
1	98	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)		S	S			7,4	S		98	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
1	98	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)		S	S			6,7	S		98	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)
1	98	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		S	S			9,6	S		98	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
1	98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO		S	S			7,4	S		98	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO
1	98	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE		S	S			42,8	S		98	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE
1	98	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE		S	S			88,2	S		98	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE
1	98	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE		S	S			25,1	S		98	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE
1	98	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH		S	S			25,1	S		98	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH
1	98	90.53.6	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI		S	S			29,8		S	98	90.53.6	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI
1	98	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)		S	S			7,8	S		98	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)
1	98	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)		S	S			8,5	S		98	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)
1	98	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE		S	S			6,7	S		98	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE
1	98	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)		S	S			12,6	S		98	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)
1	98	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI		S	S			7	S		98	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI
1	98	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)		S	S			13	S		98	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)
1	98	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)		S	S			12,7	S		98	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)
1	98	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)		S	S			11,5	S		98	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
1	98	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)		S	S			13,9	S		98	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)
1	98	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)		S	S			14,5	S		98	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)
1	98	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)		S	S			21,6	S		98	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)
1	98	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)		S	S			10,9	S		98	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)
1	98	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)		S	S			7,4	S		98	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)
1	98	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)		S	S			16,6	S		98	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)
1	98	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)		S	S			7,4	S		98	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
1	98	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)	Si consiglia il non utilizzo	S	S			14,3		S	98	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)
1	98	90.56.7	ANTIGENE TPS		S	S			21,7		S	98	90.56.7	ANTIGENE TPS
1	98	90.56.8	PSA - Reflex (PSA -R )	Prestazione non associabile a PSA (90.56.5). Il PSA-R è da richiedersi nell'ambito della diagnosi differenziale tra iperplasia prostatica benigna e adenocarcinoma prostatico. Viene eliminata la possibilità di richiedere il fPSA (90.56.6), eseguito automaticamente, sulla base della richiesta di PSA-R, qualora il PSA sia compreso nell'intervallo 2,5 - 10 ng/ml. Nei pazienti sottoposti a prostatectomia la prestazione da richiedere è il PSA totale (90.56.5). In questi casi, infatti, i livelli di PSA	S	S			12,5		S	98	90.56.8	PSA - Reflex (PSA -R )
1	98	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)		S	S			19,8	S		98	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)
1	98	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59		S	S			17,1	S		98	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59
1	98	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			17,4	S		98	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)
1	98	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI		S	S			42,1	S		98	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI
1	98	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE		S	S			5	S		98	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE
1	98	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)		S	S			18,4	S		98	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)
1	98	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]		S	S			6,9	S		98	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]
1	98	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	S	S			8,2	S		98	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA
1	98	90584.0	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb]		S	S			4	S		98	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb]/[(Sg)Er]
1	98	90584.1	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Er]		S	S			4	S		98	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb]/[(Sg)Er]
1	98	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI		S	S			24,4	S		98	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI
1	98	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL		S	S			22,4	S		98	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL
1	98	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK		S	S			22,4	S		98	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK
1	98	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK		S	S			19,4	S		98	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK
1	98	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)		S	S			93,9	S		98	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - ( tra 2 soggetti e almeno 1 controllo )
1	98	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO		S	S			16,4		S	98	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO
1	98	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)		S	S			7,4	S		98	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)
1	98	90602.0	COMPLEMENTO: C1Q		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90602.1	COMPLEMENTO: C3		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90602.2	COMPLEMENTO: C3 ATT.		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90602.3	COMPLEMENTO: C4		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO		S	S			361,5	S		98	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO
1	98	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	Da utilizzare per qualunque crioconservazione di siero.	S	S			2,2	S		98	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO
1	98	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			32,9	S		98	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE
1	98	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			425,4		S	98	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI
1	98	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA		S	S			1,7	S		98	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA
1	98	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE		S	S			12,6	S		98	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE
1	98	90.61.3	CYFRA 21-1		S	S			19,1	S		98	90.61.3	CYFRA 21-1
1	98	90.61.4	D-DIMERO (EIA)		S	S			10,3	S		98	90.61.4	D-DIMERO (EIA)
1	98	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)		S	S			5	S		98	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)
1	98	90.61.6	DROGHE D'ABUSO: ALTRE (Immunometrico)		S	S			7,1		S	98	90.61.6	DROGHE D'ABUSO :ALTRE (Immunometrico)
1	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA		S	S			0,9	S		98	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA
1	98	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		S	S			3,2	S		98	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
1	98	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA		S	S			12,1	S		98	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA
1	98	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI		S	S			15,3	S		98	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI
1	98	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]		S	S			2,2	S		98	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]
1	98	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)		S	S			10,9	S		98	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)
1	98	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)		S	S			6,7	S		98	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)
1	98	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		S	S			21	S		98	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)
1	98	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		S	S			3,4	S		98	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)
1	98	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE		S	S			18,8	S		98	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE
1	98	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA		S	S			29,1	S		98	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA
1	98	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE		S	S			4,7	S		98	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE
1	98	90643.0	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.1	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (V)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.2	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VIII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.4	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (IX)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.5	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (X)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.6	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XI)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.7	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.8	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XIII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90.64.4	FENOTIPO Rh		S	S			10,6	S		98	90.64.4	FENOTIPO Rh
1	98	90645.0	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S]		S	S			12,2	S		98	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]
1	98	90645.1	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [U]		S	S			12,2	S		98	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE		S	S			2,7	S		98	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
1	98	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	S	S			9,1	S		98	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA
1	98	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)		S	S			7,8	S		98	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)
1	98	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo		S	S			5,2	S		98	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo
1	98	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO		S	S			108,5	S		98	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO
1	98	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg]		S	S			2,1	S		98	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]
1	98	90.66.2.1	Hb - EMOGLOBINA [La]		S	S			2,1	S		98	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]
1	98	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2		S	S			9,6	S		98	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2
1	98	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)		S	S			4,8	S		98	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)
1	98	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)		S	S			14,4	S		98	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)
1	98	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE		S	S			16,7	S		98	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE
1	98	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)		S	S			12,9	S		98	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)
1	98	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]		S	S			1,8	S		98	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]
1	98	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			86,9	S		98	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti)
1	98	90.67.5.0	IgA SECRETORIE [Sa]		S	S			6,6	S		98	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]
1	98	90.67.5.1	IgA SECRETORIE [Alb]		S	S			6,6	S		98	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]
1	98	90.67.6	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)		S	S			128		S	98	90.67.6	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)
1	98	90.67.7	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)		S	S			22		S	98	90.67.7	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)
1	98	90.67.8	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato		S	S			8		S	98	90.67.8	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato
1	98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)	La tariffa si intende per singolo allergene e la ricetta può contenere fino a 8 prescrizioni.	S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO		S	S			9,9	S		98	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO
1	98	90.68.3	IgE TOTALI		S	S			7,8	S		98	90.68.3	IgE TOTALI
1	98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)		S	S			11,3	S		98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
1	98	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE		S	S			14,7	S		98	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE
1	98	90.68.6	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]		S	S			27,4		S	98	90.68.6	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]
1	98	90.68.7	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI		S	S			22,5		S	98	90.68.7	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI
1	98	90.68.8	TRYPTASI		S	S			19		S	98	90.68.8	TRYPTASI
1	98	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI		S	S			5,5	S		98	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI
1	98	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE		S	S			20,9	S		98	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
1	98	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE		S	S			16,4	S		98	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE
1	98	90.69.4.0	IMMUNOGLOBULINE IgA		S	S			5	S		98	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	90.69.4.1	IMMUNOGLOBULINE IgG		S	S			5	S		98	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	90.69.4.2	IMMUNOGLOBULINE IgM		S	S			5	S		98	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	Per diagnosi di trombofilia	S	S			9,6	S		98	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)
1	98	90.69.6	IgD (Immunoglobine D)		S	S			15,5		S	98	90.69.6	IgD (Immunoglobine D)
1	98	90.70.1	INTERFERONE		S	S			20,6	S		98	90.70.1	INTERFERONE
1	98	90.70.2	INTERLEUCHINA 2		S	S			17,7	S		98	90.70.2	INTERLEUCHINA 2
1	98	90.70.3.0	INTRADERMOREAZIONI CON PPD		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90.70.3.1	INTRADERMOREAZIONI CON CANDIDA		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90.70.3.2	INTRADERMOREAZIONI CON STREPTOCHINASI		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90.70.3.3	INTRADERMOREAZIONI CON MUMPS		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]		S	S			3,9	S		98	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]
1	98	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]		S	S			3,1	S		98	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.70.6	INTERLEUCHINE: ALTRE		S	S			23,1		S	98	90.70.6	INTERLEUCHINE : ALTRE
1	98	90.70.7	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO		S	S			425,4		S	98	90.70.7	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO
1	98	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]		S	S			2,8	S		98	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]
1	98	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)		S	S			7,1	S		98	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)
1	98	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]		S	S			1,8	S		98	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.71.4	PINK TEST		S	S			2,8	S		98	90.71.4	PINK TEST
1	98	90.71.5	PLASMINOGENO		S	S			14	S		98	90.71.5	PLASMINOGENO
1	98	90.71.6	PEPSINOGENO		S	S			12,4		S	98	90.71.6	PEPSINOGENO
1	98	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]		S	S			9,1	S		98	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]		S	S			9,1	S		98	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]
1	98	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		S	S			3,9	S		98	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
1	98	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]		S	S			11,9	S		98	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]
1	98	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]		S	S			9,8	S		98	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]
1	98	90.72.6	PROCALCITONINA		S	S			40		S	98	90.72.6	PROCALCITONINA
1	98	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2		S	S			4,7	S		98	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2
1	98	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE		S	S			8,5	S		98	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE
1	98	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA		S	S			6	S		98	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA
1	98	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena-Fingerprint)		S	S			117,9	S		98	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena-Fingerprint)
1	98	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA		S	S			53,6	S		98	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA
1	98	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			51,2	S		98	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)
1	98	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE		S	S			2,1	S		98	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE
1	98	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)		S	S			7,8	S		98	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)
1	98	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)		S	S			7,7	S		98	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)
1	98	90.74.5	RETICOCOCITI (Conteggio) [(Sg)]		S	S			3,5	S		98	90.74.5	RETICOCOCITI (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.74.6	RETICOCOCITI IN CITOFLUORIMETRIA		S	S			11,4		S	98	90.74.6	RETICOCOCITI IN CITOFLUORIMETRIA
1	98	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA		S	S			3,1	S		98	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA
1	98	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE		S	S			1,4	S		98	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE
1	98	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA		S	S			1,6	S		98	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA
1	98	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		S	S			2,9	S		98	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
1	98	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)		S	S			3,3	S		98	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)
1	98	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)		S	S			2,9	S		98	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
1	98	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	Per diagnosi di piastrinopatia	S	S			4,8	S		98	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born
1	98	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO		S	S			2,8	S		98	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO
1	98	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE		S	S			2,8	S		98	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE
1	98	90.76.5	TEST DI HAM		S	S			4,8	S		98	90.76.5	TEST DI HAM
1	98	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)		S	S			3,2	S		98	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)
1	98	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	S	S			9	S		98	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA
1	98	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)		S	S			44,2	S		98	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)
1	98	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI		S	S			36,4	S		98	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI
1	98	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)		S	S			477,2	S		98	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)
1	98	90.77.6	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA		S	S			16,9		S	98	90.77.6	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA
1	98	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla tubercolina)		S	S			4,2	S		98	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla tubercolina)
1	98	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A		S	S			101,5	S		98	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A
1	98	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B		S	S			101,5	S		98	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B
1	98	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C		S	S			101,5	S		98	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C
1	98	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			155,3	S		98	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			188,7	S		98	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			178,4	S		98	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE		S	S			109,1	S		98	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE
1	98	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			178,4	S		98	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE		S	S			213,4	S		98	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE
1	98	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			311,6	S		98	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)		S	S			149,3	S		98	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)
1	98	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)		S	S			158,7	S		98	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)
1	98	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)		S	S			17,1	S		98	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)
1	98	90.81.6	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)		S	S			24,4		S	98	90.81.6	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)
1	98	90.81.7	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz. )		S	S			18,3		S	98	90.81.7	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz. )
1	98	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)		S	S			2,8	S		98	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)
1	98	90.82.2	TROMBOSSANO B2	Per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	S	S			5,1	S		98	90.82.2	TROMBOSSANO B2
1	98	90.82.3	TROPONINA I		S	S			11,5	S		98	90.82.3	TROPONINA I
1	98	90.82.4	VALORE EMATOCRITO		S	S			0,7	S		98	90.82.4	VALORE EMATOCRITO
1	98	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		S	S			2	S		98	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
1	98	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	Per diagnosi in sindromi da iperviscosita'	S	S			23,7	S		98	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA
1	98	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA		S	S			5,6	S		98	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA
1	98	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.	S	S			8,6	S		98	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
1	98	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)		S	S			59,9	S		98	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS		S	S			34,1	S		98	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS
1	98	90.83.6	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)		S	S			41		S	98	90.83.6	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)
1	98	90.83.7	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)		S	S			71,9		S	98	90.83.7	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)
1	98	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)		S	S			15,8	S		98	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)
1	98	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			9,9	S		98	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,9	S		98	90.84.3	Batteri Anaerobi in materiali Biologici esame colturale
1	98	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)		S	S			6,4	S		98	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)
1	98	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)		S	S			6,4	S		98	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)
1	98	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)		S	S			7,7	S		98	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)
1	98	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)		S	S			12,2	S		98	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)
1	98	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)		S	S			7,1	S		98	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)
1	98	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)		S	S			1,6	S		98	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)
1	98	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosineresi)		S	S			2,3	S		98	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosineresi)
1	98	90.85.6	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)		S	S			13		S	98	90.85.6	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)
1	98	90.85.7	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI		S	S			3,1		S	98	90.85.7	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI
1	98	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas		S	S			12,2	S		98	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas
1	98	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas		S	S			7,6	S		98	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas
1	98	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.		S	S			4,6	S		98	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.
1	98	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)		S	S			2,3	S		98	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.		S	S			2,4	S		98	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.
1	98	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)		S	S			3		S	98	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)
1	98	90.86.7	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)		S	S			10,4		S	98	90.86.7	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)
1	98	90.86.8	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'		S	S			3,9		S	98	90.86.8	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'
1	98	90.86.9	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione		S	S			8,7		S	98	90.86.9	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione
1	98	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.		S	S			4,7	S		98	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.
1	98	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.		S	S			6,4	S		98	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.
1	98	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas cromatografia (ricerca diretta)		S	S			2,3	S		98	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)
1	98	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.87.5	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,1	S		98	90.87.5	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. CULTURALE
1	98	90.88.1	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (I.F.)		S	S			12,6	S		98	90.88.1	BORRELIA BURGENDORFERI ANTICORPI (I.F.)
1	98	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]		S	S			3,3	S		98	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]
1	98	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTI BIOGRAMMA		S	S			9,2	S		98	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTI BIOGRAMMA
1	98	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			6,8	S		98	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE	Prestazione da riferirsi a materiale diverso da feci	S	S			5,9	S		98	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME CULTURALE
1	98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			11,6	S		98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			6,3	S		98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90.89.3	CHLAMYDIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)		S	S			3,4	S		98	90.89.3	CHLAMYDIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)
1	98	90.89.4	CHLAMYDIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)		S	S			3,6	S		98	90.89.4	CHLAMYDIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)
1	98	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME CULTURALE		S	S			25,2	S		98	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME CULTURALE
1	98	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)
1	98	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			14	S		98	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)		S	S			15,1	S		98	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)
1	98	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			11,4	S		98	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME CULTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma	S	S			11,9	S		98	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME CULTURALE
1	98	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		S	S			6,5	S		98	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)
1	98	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		S	S			3,4	S		98	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)
1	98	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			6,2	S		98	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME CULTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma	S	S			2,5	S		98	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME CULTURALE
1	98	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			8,2	S		98	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			7,8	S		98	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		S	S			9,8	S		98	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)
1	98	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			16	S		98	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		S	S			7,5	S		98	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)
1	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. CULTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. CULTURALE
1	98	90.92.7	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)		S	S			11,3		S	98	90.92.7	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)
1	98	90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME CULTURALE (Coltura xenica)		S	S			7,6	S		98	90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME CULTURALE (Coltura xenica)
1	98	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)		S	S			3,7	S		98	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			7,5	S		98	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.
1	98	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			7,5	S		98	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.
1	98	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			7,5	S		98	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.
1	98	90.93.6	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.6	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)
1	98	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE
1	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTESICO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTESICO
1	98	90.93.9	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.9	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE
1	98	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	Tale codice va utilizzato riferito per un set di due flaconi (1 aerobio + 1 anaerobio) o ad un flacone per uso pediatrico.	S	S			26,4	S		98	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.
1	98	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			8,3	S		98	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.
1	98	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12	S		98	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae
1	98	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,1	S		98	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE		S	S			5,4	S		98	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
1	98	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE
1	98	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			9		S	98	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO
1	98	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)		S	S			5,6	S		98	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)
1	98	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			7,9	S		98	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			18,4	S		98	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma	S	S			9,1	S		98	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
1	98	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			13,9	S		98	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	90.95.6	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici		S	S			8,2		S	98	90.95.6	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici
1	98	90.95.7	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici		S	S			8,2		S	98	90.95.7	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici
1	98	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			12,7	S		98	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)		S	S			4	S		98	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)
1	98	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			13,9	S		98	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)		S	S			11,6	S		98	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)
1	98	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE		S	S			12,4		S	98	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE
1	98	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		S	S			4,5	S		98	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	S	S			14,5	S		98	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)
1	98	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	S	S			10,5	S		98	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)
1	98	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			11,4	S		98	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		S	S			6,7	S		98	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90.97.6	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		S	S			7,2		S	98	90.97.6	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)
1	98	90.97.7	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)	Tale prestazione è da utilizzarsi per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	S	S			13		S	98	90.97.7	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)
1	98	90.97.8	AMANITINA URINARIA		S	S			103,3		S	98	90.97.8	AMANITINA URINARIA
1	98	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			5,3	S		98	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)		S	S			3,3	S		98	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)
1	98	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)		S	S			56,8	S		98	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)
1	98	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)		S	S			10,8	S		98	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)
1	98	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			10,8	S		98	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico )		S	S			18,6	S		98	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico )
1	98	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			24,5	S		98	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			37,5	S		98	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)		S	S			16	S		98	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)
1	98	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)		S	S			10,4	S		98	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)
1	98	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)		S	S			4,3	S		98	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)
1	98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			12,3	S		98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			7,1	S		98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			8,2	S		98	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		S	S			9,4	S		98	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA ESAME COLTURALE		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA ESAME COLTURALE
1	98	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE		S	S			10,4		S	98	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE
1	98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE		S	S			3,9	S		98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE
1	98	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			11,4	S		98	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)		S	S			4,3	S		98	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)
1	98	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		S	S			4,3	S		98	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
1	98	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		S	S			2,4	S		98	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
1	98	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)		S	S			5,7	S		98	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)
1	98	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)		S	S			9,2	S		98	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)
1	98	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)		S	S			5,7	S		98	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)
1	98	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa		S	S			4,3	S		98	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa
1	98	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO		S	S			3		S	98	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO
1	98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			9,5	S		98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO		S	S			4	S		98	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO
1	98	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			8,8	S		98	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		S	S			7,6	S		98	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			5	S		98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.06.6	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		S	S			6,9		S	98	91.06.6	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.06.7	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)		S	S			13		S	98	91.06.7	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)
1	98	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]		S	S			10	S		98	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]
1	98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			6,6	S		98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]		S	S			4	S		98	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]
1	98	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO		S	S			8,9	S		98	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO
1	98	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			11,1	S		98	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]		S	S			8	S		98	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]
1	98	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		S	S			7,5	S		98	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)
1	98	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		S	S			9,9	S		98	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA
1	98	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE: ESAME COLTURALE TAMPONE VAGINALE		S	S			4,5	S		98	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE
1	98	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]		S	S			4,9	S		98	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]
1	98	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI		S	S			7		S	98	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI
1	98	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B		S	S			6,4	S		98	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B
1	98	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE		S	S			6,4	S		98	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE
1	98	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			19,5	S		98	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			7,8	S		98	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]		S	S			3,4	S		98	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]
1	98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			11,8	S		98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			8	S		98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]		S	S			9,9	S		98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]
1	98	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		S	S			4,1	S		98	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]
1	98	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		S	S			5,8	S		98	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]
1	98	91.10.6	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)		S	S			9,2		S	98	91.10.6	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)
1	98	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]		S	S			3,4	S		98	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]
1	98	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE		S	S			4,1	S		98	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE
1	98	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE		S	S			2,5	S		98	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE
1	98	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		S	S			8,2	S		98	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA
1	98	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			63,5	S		98	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			69,9	S		98	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)
1	98	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			40,9	S		98	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS
1	98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			12,7	S		98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		S	S			28	S		98	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)
1	98	91.12.6	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		S	S			33		S	98	91.12.6	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO
1	98	91.12.7	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			74,7		S	98	91.12.7	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			36,2	S		98	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91133.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus		S	S			7,6	S		98	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91133.1	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Rotavirus		S	S			7,6	S		98	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91133.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Virus dell'apparato gastroenterico.		S	S			7,6	S		98	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91134.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.
1	98	91134.1	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Parvovirus B19		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.
1	98	91134.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Rotavirus.		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.
1	98	91135.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus		S	S			12,1	S		98	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91135.1	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Herpes		S	S			12,1	S		98	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91135.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Virus dell'apparato respiratorio.		S	S			12,1	S		98	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)		S	S			82,1		S	98	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)
1	98	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)		S	S			11		S	98	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)
1	98	91.13.8	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE		S	S			21,3		S	98	91.13.8	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE
1	98	91.13.9	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI		S	S			10,9		S	98	91.13.9	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI
1	98	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			8,1	S		98	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			6,4	S		98	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)		S	S			8,8	S		98	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)
1	98	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		S	S			36,2	S		98	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
1	98	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		S	S			33,2	S		98	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)
1	98	91151.0	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO - ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91151.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL TAMPONE FARINGEO - ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		S	S			36,2	S		98	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
1	98	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		S	S			36,2	S		98	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
1	98	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			15,1	S		98	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91163.0	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus		S	S			5,2	S		98	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91163.1	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Herpes		S	S			5,2	S		98	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91163.2	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Virus dell'apparato respiratorio.		S	S			5,2	S		98	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.		S	S			28	S		98	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.		S	S			7,6	S		98	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91.16.6	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			9,2		S	98	91.16.6	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI		S	S			10,1	S		98	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI
1	98	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM		S	S			12	S		98	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			63,4	S		98	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA		S	S			40	S		98	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
1	98	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg		S	S			10	S		98	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
1	98	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM		S	S			10	S		98	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM
1	98	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg		S	S			10	S		98	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg
1	98	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg		S	S			10	S		98	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
1	98	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg		S	S			10	S		98	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg
1	98	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg		S	S			7,9	S		98	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
1	98	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)		S	S			13,8	S		98	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)
1	98	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI		S	S			23,3	S		98	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
1	98	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA		S	S			63	S		98	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
1	98	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA		S	S			77,5	S		98	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
1	98	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI		S	S			10	S		98	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
1	98	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			69,8	S		98	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA		S	S			77,5	S		98	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA
1	98	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI		S	S			12	S		98	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
1	98	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM		S	S			21,7	S		98	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
1	98	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg		S	S			18	S		98	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg
1	98	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)		S	S			13,5	S		98	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)
1	98	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)		S	S			12,5	S		98	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)		S	S			7,6	S		98	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)
1	98	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]		S	S			10,5	S		98	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]
1	98	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.21.6	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		S	S			33		S	98	91.21.6	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO
1	98	91217.0	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG (IF)		S	S			14,7		S	98	91.21.7	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno
1	98	91217.1	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgM (IF)		S	S			14,7		S	98	91.21.7	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno
1	98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI		S	S			7,9	S		98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
1	98	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			25,2	S		98	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			54,2	S		98	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI		S	S			10,9	S		98	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
1	98	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			34,9	S		98	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.22.6	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		S	S			33		S	98	91.22.6	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO
1	98	91.22.7	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			74,7		S	98	91.22.7	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			25,7	S		98	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)		S	S			6,5	S		98	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)
1	98	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)		S	S			7,7	S		98	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)
1	98	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)		S	S			21	S		98	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)
1	98	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			19	S		98	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.23.6	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		S	S			33		S	98	91.23.6	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI
1	98	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		S	S			11,2	S		98	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91242.0	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91242.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes/Varicella		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91242.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Virus dell'apparato gastroenterico		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91242.3	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Virus dell'apparato respiratorio		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)		S	S			9,4	S		98	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.24.6	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		S	S			33		S	98	91.24.6	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI
1	98	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			10,1	S		98	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)		S	S			6,5	S		98	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			9,5	S		98	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.25.6	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			74,7		S	98	91.25.6	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.25.7	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		S	S			33		S	98	91.25.7	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI
1	98	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)		S	S			7,2	S		98	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			5,8	S		98	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2		S	S			63	S		98	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2
1	98	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI		S	S			7,9	S		98	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI
1	98	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		S	S			4	S		98	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)
1	98	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)		S	S			8,8	S		98	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			8,8	S		98	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			6,5	S		98	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE		S	S			2,5	S		98	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE
1	98	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro".	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			130,1	S		98	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro".
1	98	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI		S	S			124	S		98	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI
1	98	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI		S	S			120,3	S		98	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI
1	98	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			112,6	S		98	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO
1	98	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			124	S		98	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			153,6	S		98	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)
1	98	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			64,6	S		98	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi.
1	98	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			56,8	S		98	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi.
1	98	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,1	S		98	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate.
1	98	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,1	S		98	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate.
1	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	91.29.7	DISCRIMINAZIONE ALLELICA		S	S			90		S	98	91.29.7	DISCRIMINAZIONE ALLELICA
1	98	91.29.8	Analisi della Metilazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			126,6		S	98	91.29.8	Analisi della Metilazione
1	98	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			158,6	S		98	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)
1	98	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus).	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			154,8	S		98	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus).
1	98	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (Blocchi di circa 400 bp)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			156	S		98	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)
1	98	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			115,2	S		98	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	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)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			93	S		98	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)
1	98	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			136	S		98	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
1	98	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			112,8	S		98	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
1	98	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			134,1	S		98	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
1	98	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	S	S			136	S		98	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)
1	98	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D		S	S			28,4	S		98	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D
1	98	91.31.6	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE		S	S			18,8		S	98	91.31.6	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE
1	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91.31.8	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)		S	S			5,7		S	98	91.31.8	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)
1	98	91.31.9	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)		S	S			10,8		S	98	91.31.9	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)
1	98	91.31.A	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici		S	S			63,5		S	98	91.31.A	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici
1	98	91.31.B	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi		S	S			7,8		S	98	91.31.B	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi
1	98	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			28,4	S		98	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C
1	98	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			24,8	S		98	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G
1	98	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione		S	S			27,9	S		98	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione
1	98	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR		S	S			28,4	S		98	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR
1	98	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			26,1	S		98	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R		S	S			24,8	S		98	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R
1	98	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T		S	S			25,6	S		98	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T
1	98	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			28,4	S		98	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A
1	98	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			108,2	S		98	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI
1	98	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			87,8	S		98	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI
1	98	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			144,2	S		98	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI
1	98	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS		S	S			143,6	S		98	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS
1	98	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA		S	S			122,9	S		98	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA
1	98	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			95,5	S		98	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA
1	98	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			97,1	S		98	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI
1	98	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			118,8	S		98	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO
1	98	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)		S	S			93	S		98	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)
1	98	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			82,6	S		98	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)
1	98	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	Se I <sub>2</sub> analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			145,4	S		98	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.		S	S			58,6	S		98	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.
1	98	91361.0	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			40,5	S		98	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA
1	98	91361.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI RNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			40,5	S		98	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA
1	98	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			32,9	S		98	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI
1	98	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			39,9	S		98	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI
1	98	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			51,4	S		98	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE
1	98	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			59,1	S		98	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.
1	98	91.37.1	IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			81,6	S		98	91.37.1	IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE
1	98	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			342,9	S		98	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC.
1	98	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			226,3	S		98	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide.
1	98	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			150,3	S		98	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari painting	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			186,4	S		98	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari painting
1	98	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,6	S		98	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA)
1	98	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,6	S		98	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)
1	98	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,6	S		98	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)
1	98	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			47	S		98	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA
1	98	91.38.5	Pap Test (citologico cervico-vaginale)		S	S			11,2	S		98	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]
1	98	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			30		S	98	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.
1	98	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA -PCR-SCS) per 31 mutazioni	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			317		S	98	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA -PCR-SCS) per 31 mutazioni
1	98	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) per singola mutazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			20		S	98	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) per singola mutazione
1	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
1	98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		S	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		S	S			27,2	S		98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		S	S			14,1	S		98	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.		S	S			27,2	S		98	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.
1	98	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea		S	S			27,2	S		98	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea
1	98	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice		S	S			14,1	S		98	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice		S	S			14,1	S		98	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice
1	98	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)		S	S			14,1	S		98	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)
1	98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale		S	S			27,2	S		98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale
1	98	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale		S	S			14,1	S		98	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale
1	98	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica		S	S			39,4	S		98	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica
1	98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare		S	S			14,1	S		98	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare
1	98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)		S	S			14,1	S		98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)
1	98	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch		S	S			43,6	S		98	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch
1	98	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica		S	S			43,6	S		98	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica
1	98	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali		S	S			14,1	S		98	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali
1	98	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)
1	98	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)
1	98	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea		S	S			14,1	S		98	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea
1	98	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)
1	98	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica		S	S			46,5	S		98	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica
1	98	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica		S	S			46,5	S		98	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica
1	98	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari		S	S			14,1	S		98	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari
1	98	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).		S	S			46,5	S		98	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).
1	98	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina		S	S			14,1	S		98	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina
1	98	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)		S	S			14,1	S		98	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)
1	98	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)
1	98	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)
1	98	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene		S	S			14,1	S		98	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene
1	98	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare		S	S			14,1	S		98	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare
1	98	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale		S	S			14,1	S		98	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale
1	98	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)
1	98	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)
1	98	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)
1	98	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale		S	S			14,1	S		98	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale
1	98	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica		S	S			46,5	S		98	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica
1	98	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia		S	S			27,2	S		98	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale		S	S			46,5	S		98	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale
1	98	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)		S	S			79,6	S		98	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)
1	98	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale		S	S			79,6	S		98	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale
1	98	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare		S	S			79,6	S		98	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare
1	98	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA		S	S			222		S	98	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA
1	98	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA		S	S			400		S	98	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA
1	98	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)		S	S			30		S	98	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)
1	98	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI		S	S			160		S	98	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI
1	98	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea		S	S			46,5	S		98	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea
1	98	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico		S	S			27,2	S		98	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico
1	98	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)		S	S			85,1	S		98	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)
1	98	91.48.4	Prelievo citologico per Pap Test		S	S			4,1	S		98	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO
1	98	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO		S	S			5,7	S		98	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
1	98	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE		S	S			7	S		98	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
1	98	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		S	S			2,6	S		98	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
1	98	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO		S	S			2,6	S		98	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO
1	98	91.49.4	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE		S	S			6,1		S	98	91.49.4	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE
1	29	8903.07	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o peritonealeprima		S	S			20,7	S		29	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o peritonealeprima
1	69	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		S	S			73,8	S		69	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei
1	69	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA	Comprensiva della TC pre e post	S	S			250		S	69	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA
1	69	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		69	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	69	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		S	S			198,4	S		69	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata
1	69	34.91.2	Toracentesi eco-guidata		S	S			180		S	69	34.91.2	TORACENTESI ECO-guidata
1	69	34.91.3	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato		S	S			150		S	69	34.91.3	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato
1	69	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		S	S			83	S		69	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)
1	69	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		S	S			146,4	S		69	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)
1	69	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		S	S			216,9	S		69	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata
1	69	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD		S	S			390		S	69	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD
1	69	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		S	S			216,9	S		69	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC
1	69	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE	Nel caso delle vie biliari prestazione da aggiungere a 88.96.7	S	S			250		S	69	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE
1	69	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		S	S			154,9	S		69	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	69	55.93	ONDE D'URTO focalizzate (per uso ortopedico) per seduta	fino ad un massimo di tre sedute.	S	S			80		S	69	55.93	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) per seduta (per uso ortopedico)
1	69	55.93.A	ONDE D'URTO focalizzate (per altre indicazioni specialistiche) per seduta		S	S			80		S	69	55.93.A	ONDE D'URTO focalizzate (per altre indicazioni specialistiche) per seduta
1	69	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata		S	S			67,6	S		69	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI <b>compresa ecografia con m.d.c.</b>		S	S			66,4	S		69	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI
1	69	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		S	S			52,1	S		69	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella
1	69	85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA DI VACUO ASPIRAZIONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO		S	S			450		S	69	85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA DI VACUO ASPIRAZIONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO
1	69	85.11.3	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona		S	S			750		S	69	85.11.3	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona
1	69	85.11.4	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA		S	S			180,8		S	69	85.11.4	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA
1	69	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	S	S			44,6	S		69	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata
1	69	8703.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite]		S	S			74,9	S		69	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	8703.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc dell'encefalo		S	S			74,9	S		69	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			120,4	S		69	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'encefalo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			120,4	S		69	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)		S	S			80,5	S		69	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)
1	69	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione DACRIOCISTOGRAFIA TC.	S	S			127,8	S		69	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).
1	69	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]		S	S			74,9	S		69	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
1	69	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			120,4	S		69	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
1	69	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		S	S			74,9	S		69	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
1	69	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			120,4	S		69	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
1	69	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA		S	S			85,2	S		69	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA
1	69	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto		S	S			54,7	S		69	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto
1	69	87.09.2	<b>STUDIO FUNZIONALE RADIOLOGICO DELLA DEGLUTIZIONE</b>		S	S			66,6	S		69	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE con videoregistrazione
1	69	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		S	S			9,3	S		69	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore
1	69	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)		S	S			20,7	S		69	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)
1	69	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica		S	S			10,3	S		69	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)		S	S			6,2	S		69	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)
1	69	87161.0	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) ORBITE		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) OSSA NASALI		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.3	RADIOGRAFIA articolazione temporomandibolare		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.4	RADIOGRAFIA emimandibola dx		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.5	RADIOGRAFIA mastoidi [rocche, petrose, forami ottici]		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni		S	S			22,2	S		69	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni
1	69	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)		S	S			17,3	S		69	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)
1	69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			15	S		69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale
1	69	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale		S	S			17,3	S		69	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale
1	69	8724.0	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE Radiografia del rachide lombo sacrale (almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	8724.1	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE Radiografia del sacrococcigeo(almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	8724.2	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE esame morfodinamico della colonna lombosacrale (almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	8724.2	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE rachide lombosacrale per morfometria vert (almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico		S	S			34,6	S		69	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico
1	69	87.35	GALATTOGRAFIA		S	S			68,2	S		69	87.35	GALATTOGRAFIA
1	69	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)		S	S			34,9	S		69	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)
1	69	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)		S	S			23	S		69	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)
1	69	87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE		S	S			45		S	69	87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE
1	69	87.37.5	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE		S	S			60,8		S	69	87.37.5	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE
1	69	87.38	FISTOLOGRAFIA		S	S			54,2	S		69	87.38	FISTOLOGRAFIA
1	69	8741.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]		S	S			77,7	S		69	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8741.1	TC torace ad alta risoluzione (hrct)	COMPRESA TC AD ALTA RISOLUZIONE (HRCT)	S	S			77,7	S		69	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
1	69	è sbagliato il codice precedente assegnato	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
1	69	87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc		S	S			200		S	69	87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc
1	69	87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc		S	S			200		S	69	87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc
1	69	87.42.1	<b>TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE. Tomografia bilaterale polmonare</b>		S	S			49,1	S		69	87.42.1	<b>TOMOSINTESI</b>
1	69	87.42.A	TOMOSINTESI MAMMARIA BILATERALE		S	S			34,9		S	69	87.42.A	TOMOSINTESI MAMMARIA BILATERALE
1	69	87.42.B	TOMOSINTESI MAMMARIA MONOLATERALE		S	S			23		S	69	87.42.B	TOMOSINTESI MAMMARIA MONOLATERALE
1	69	87.42.C	TOMOSINTESI TORACE		S	S			49,1		S	69	87.42.C	TOMOSINTESI TORACE
1	69	87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale		S	S			24,3	S		69	87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale
1	69	87432.0	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale		S	S			16	S		69	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola
1	69	87432.1	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) sterno		S	S			16	S		69	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola
1	69	87432.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) clavicola		S	S			16	S		69	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola
1	69	87441.0	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace (2 proiezioni) o torace (1proiezione)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	S	S			15,5	S		69	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
1	69	87441.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Telecuore (2 proiezioni)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	S	S			15,5	S		69	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
1	69	87.49.1	RX della trachea - (2 proiezioni)		S	S			600	S		69	87.49.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
1	69	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto		S	S			44,4	S		69	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto
1	69	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)		S	S			50,1	S		69	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)
1	69	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			47,3	S		69	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			59,4	S		69	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	Compresa premedicazione e lo studio a doppio contrasto di esofago, stomaco e duodeno	S	S			45,5	S		69	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE
1	69	87.63.1	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS		S	S			102,3		S	69	87.63.1	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS
1	69	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)		S	S			30	S		69	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)
1	69	87.64.1	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	S	S			210		S	69	87.64.1	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC
1	69	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	S	S			315		S	69	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto
1	69	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			91,7	S		69	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			141	S		69	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87691.0	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE ansogramma colico per atresia anorettale		S	S			63,3	S		69	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale
1	69	87.69.2	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)		S	S			50		S	69	87.69.2	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Includo: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO		S	S			85,5	S		69	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Includo: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO
1	69	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Includo: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			134,4	S		69	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Includo: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo
1	69	87.72	<b>TOMOSINTESI RENALE</b>		S	S			27,9	S		69	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Includo: esame diretto
1	69	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Includo: esame diretto		S	S			89,4	S		69	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Includo: esame diretto
1	69	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Includo : esame diretto		S	S			68,7	S		69	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Includo : esame diretto
1	69	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Includo: esame diretto		S	S			91,9	S		69	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Includo: esame diretto
1	69	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA		S	S			43,4	S		69	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA
1	69	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)	Tale codice può essere utilizzato anche per la sola uretrografia retrograda.	S	S			66,1	S		69	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)
1	69	8777.0	UROGRAFIA ENDOVENOSA Includo: esame diretto e CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Includo: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale	Prestazione effettuata sempre e solo ad integrazione e sostituzione della prestazione 87.73.		S			137,7	S		69	87.77	CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Includo: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale
1	69	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)	Tale prestazione si intende comprensiva della regione vescicale.	S	S			19,4	S		69	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)
1	69	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Includo: esame diretto		S	S			108,5	S		69	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Includo: esame diretto
1	69	87.83.1	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale		S	S			125		S	69	87.83.1	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale
1	69	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Includo: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni	S	S			79,5	S		69	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Includo: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
1	69	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Includo: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso,	S	S			126,9	S		69	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Includo: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
1	69	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Includo: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube.	S	S			79,5	S		69	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Includo: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
1	69	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Includo: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			126,9	S		69	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Includo: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
1	69	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al pube	S	S			103,7	S		69	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO
1	69	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			158	S		69	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) senza e con mdc per stadiazione oncologica	La prestazione include lo studio dell'encefalo, del torace e dell'addome completo.	S	S			450		S	69	88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) senza e con mdc per stadiazione oncologica
1	69	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	Codice da utilizzarsi anche per l'esame diretto dei vasi.	S	S			19,4	S		69	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)
1	69	8821.0	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Destro -Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla,		S	S			17,8	S		69	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
1	69	87691.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia		S	S			63,3	S		69	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8821.1	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di braccio		S	S			17,8	S		69	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
1	69	8821.2	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - DELL'ARTO SUPERIORE -Radiografia (2 proiezioni ) toraco-brachiale		S	S			17,8	S		69	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
1	69	8822.0	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO . Radiografia (2 proiezioni) di: gomito		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8822.1	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) dell' avambraccio		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8823.0	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) del polso,		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	69	8823.1	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) della mano		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	69	8823.3	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) del dito della mano		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	69	8826.0	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino		S	S			17,6	S		69	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
1	69	8826.1	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia dell'anca		S	S			17,6	S		69	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
1	69	8827.0	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore,		S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.1	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: ginocchio	Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico (stress del ginocchio)In caso di prestazione senza carico e con carico effettuata nella stessa seduta, la prestazione va codificata due volte.	S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.2	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: gamba		S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8828.0	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia,	Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico (stress della caviglia)In caso di prestazione senza carico e con carico effettuata nella stessa seduta, la prestazione va codificata due volte.	S	S			17,8	S		69	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
1	69	8828.1	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: piede [calcagno],		S	S			17,8	S		69	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
1	69	8828.2	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: dito del piede		S	S			17,8	S		69	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
1	69	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)		S	S			20,2		S	69	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)
1	69	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	Nel caso in cui si effettuino 2 proiezioni utilizzare codice 87.29	S	S			30,2	S		69	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO
1	69	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	Proiezioni a 30°, 60°, 90°.	S	S			26,3	S		69	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)
1	69	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	Prestazione che comprende cranio LL + cervicale LL + dorso-lombare AP ed LL+costale AP + bacino AP + eventuali ossa lunghe. In caso di ulteriori segmenti la prestazione va sempre codificata una volta sola.	S	S			90,4	S		69	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]
1	69	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE		S	S			22,5	S		69	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE
1	69	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)		S	S			82,1	S		69	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)
1	69	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia		S	S			12,1	S		69	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia
1	69	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO		S	S			31,5	S		69	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO
1	69	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		S	S			54,2	S		69	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)
1	69	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		S	S			54,2	S		69	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)
1	69	88381.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC cervicale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	S	S			77,7	S		69	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
1	69	88381.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE DORSALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC dorsale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	S	S			77,7	S		69	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
1	69	88381.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL LOMBO-SACRALE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC lombosacrale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	S	S			77,7	S		69	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88382.0	TC rachide (colonna) cervicale e dello speco vertebrale senza e con m.d.c.	Si intende la prestazione di TC cervicale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	S	S			124,1	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88382.1	TC rachide (colonna) dorsale e dello speco vertebrale senza e con m.d.c.	Si intende la prestazione di TC dorsale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	S	S			124,1	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88382.2	TC rachide (colonna) lombo-sacrale e dello speco vertebrale senza e con m.d.c.	Si intende la prestazione di TC lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	S	S			124,1	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88383.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalla e braccio [spalla, braccio],		S	S			81,8	S		69	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]
1	69	88383.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: gomito e avambraccio [gomito, avambraccio],		S	S			81,8	S		69	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]
1	69	88383.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: polso e mano [polso, mano]		S	S			81,8	S		69	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]
1	69	88384.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC della spalla e del braccio	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			129,7	S		69	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].
1	69	88384.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC del gomito ed avambraccio	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			129,7	S		69	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].
1	69	88384.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC del polso e della mano	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			129,7	S		69	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].
1	69	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache		S	S			77,9	S		69	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache
1	69	88386.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore		S	S			77,9	S		69	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]
1	69	88386.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: ginocchio e gamba		S	S			77,9	S		69	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]
1	69	88386.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: caviglia e piede		S	S			77,9	S		69	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88387.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE ,SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].
1	69	88387.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON CONTRASTO TC di: ginocchio e gamba	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].
1	69	88387.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON CONTRASTO TC di: caviglia e piede	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].
1	69	88388.0	ARTRO TC gomito	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.1	ARTRO TC ginocchio	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.2	ARTRO TC anca	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.3	ARTRO TC caviglia	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.4	ARTRO TC polso	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Prestazione effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	S	S			200		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Prestazione che integra la prestazione 88.38.9 per ogni ulteriore distretto esaminato.	S	S			50		S	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			174,1		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88.39.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			15,5	S		69	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)
1	69	88.42.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico o dell'aorta addominale
1	69	88.42.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell'aorta addominale
1	69	88.42.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Anche con iniezione selettiva	S	S			650		S	69	88.42.3	ANGIOPNEUMOGRAFIA
1	69	8848.0	TC rachide (colonna) cervicale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI
1	69	8848.1	TC rachide (colonna) dorsale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI
1	69	88.60.1	TC rachide (colonna) lombo-sacrale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			263,9	S		69	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare
1	69	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA		S	S			98,1	S		69	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA
1	69	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE		S	S			256,7	S		69	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE
1	69	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE		S	S			256,7	S		69	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE
1	69	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale		S	S			246,4	S		69	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale
1	69	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE		S	S			246,4	S		69	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE
1	69	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE		S	S			246,4	S		69	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE
1	69	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale		S	S			256,7	S		69	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale
1	69	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale		S	S			246,4	S		69	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale		S	S			285,1	S		69	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale
1	69	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		S	S			31,3	S		69	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare
1	69	88714.0	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari,		S	S			28,4	S		69	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	69	88714.1	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: collo per linfonodi,		S	S			28,4	S		69	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	69	88714.2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		69	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	69	88.71.5	Ecografia orbita		S	S			33,5		S	69	88.71.5	ECOGRAFIA ORBITA
1	69	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	S	S			71,8		S	69	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA
1	69	88.73.1	Ecografia mammaria bilaterale		S	S			35,9	S		69	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale
1	69	88.73.2	Ecografia della mammella - monolaterale		S	S			21,2	S		69	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale
1	69	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA		S	S			35,9	S		69	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA
1	69	88.73.4	Ecocolor Dopplergrafia della mammella	Comprensivo di esame bidimensionale. In caso di eco(color)doppler della mammella monolaterale codificare 88.73.2	S	S			30,7	S		69	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA
1	69	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88741.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	S	S			43,9	S		69	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		S	S			34,1	S		69	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI
1	69	88.74.6	ECOCOLORDOPPLER ADDOME SUPERIORE	La prestazione comprende l'analisi del fegato e vie biliari, pancreas, milza.	S	S			50		S	69	88.74.6	ECOCOLORDOPPLER ADDOME SUPERIORE
1	69	88751.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE con m.d.c. Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femmine Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		S	S			124	S		69	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femmine Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschili o femmine, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		S	S			50,1	S		69	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschili o femmine, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	69	88753.1	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE con m.d.c.		N	S			124		S	69	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	69	88756.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO con m.d.c.	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	S	S			152,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		S	S			32	S		69	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
1	69	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI		S	S			40		S	69	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI
1	69	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI , ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88772.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ( CELIACO-MESENTERICO, ILIACO CAVALE, FEGATO, PARTI MOLLI ), ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		S	S			23	S		69	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione
1	69	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		S	S			31		S	69	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE
1	69	88791.1	Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo con m.d.c.		N	S			120,4	S		69	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
1	69	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		S	S			32,5	S		69	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88793.0	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		S	S			28,4	S		69	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	69	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA DEL TORACE	Ecoendoscopia eseguita per via transesofagea	S	S			50,6	S		69	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA DEL TORACE
1	69	88.79.5	Ecografia del pene		S	S			31	S		69	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE
1	69	88796.0	Ecografia dei testicoli (scrotale)		S	S			31	S		69	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI
1	69	88.79.7	Ecografia transvaginale		S	S			43,4	S		69	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
1	69	88798.0	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	S	S			43,4	S		69	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	69	88799.0	Ecografia osteoarticolare	Prestazione riferita allo studio delle articolazioni escluso il codice 88.79.2	S	S			33,5		S	69	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
1	69	88.79.A	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE		S	S			55		S	69	88.79.A	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE
1	69	88.79.B	Ecografia transperineale	Comprensiva anche di eventuale studio dinamico	S	S			44		S	69	88.79.B	ECOGRAFIA TRANSPERINEALE
1	69	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.	Prestazione da aggiungere, in caso di effettuazione, al singolo esame ecografico effettuato senza m.d.c.		S			92		S	69	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.
1	69	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC		S	S			18,1	S		69	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)
1	69	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamerico aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale		S	S			26,5	S		69	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamerico aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale
1	69	88.90.9	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)	Altre endoscopie virtuali con TC o RM effettuate a completamento di altra indagine TC o RM. Prestazione da eseguirsi su richiesta dello specialista	S	S			50		S	69	88.90.9	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)
1	69	88.91.1	RM cervello e tronco encefalico (RM encefalo)	Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			166,6	S		69	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO
1	69	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Utilizzare questa prestazione anche per lo studio di perfusione.	S	S			247,5	S		69	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare
1	69	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno tre sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in due proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88915.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			432,3	S		69	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88915.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso : relativo distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso : relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in due proiezioni . In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso : relativo distretto vascolare
1	69	88.91.8	Angio-RM dei vasi del collo con mdc	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.7	S	S			184,8	S		69	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88919.0	RM cervello e tronco encefalico (RM encefalo) e SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita <u>a completamento e in sostituzione</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	N	S			266,6		S	69	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA
1	69	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2.	S	S			200		S	69	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto
1	69	88.91.B	SPETTROSCOPIA	Prestazione eseguita <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	S	S			150		S	69	88.91.B	SPETTROSCOPIA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8891C.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			291,5		S	69	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto
1	69	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto	Prestazione effettuata <b>non</b> a completamento della prestazione 88.91.2	S	S			160		S	69	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto
1	69	88.91.E	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) Temporomandibolare con bobina dedicata e studio dinamico		S	S			160		S	69	88.91.E	
1	69	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni	S	S			115,8	S		69	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88922.0	RM cervello e tronco encefalico (RM encefalo) e Angio-RM del distretto toracico	Prestazione eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.92.1	N	S			351,4	S		69	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO
1	69	88.92.3	RM del cuore	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE
1	69	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	Almeno 5 sequenze in 4 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88925.0	RM (cine-rm) del cuore	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	N	S			352,9	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	69	88.92.8	RM della mammella bilaterale SENZA M.D.C.	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale
1	69	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)
1	69	8893.0	RM colonna cervicale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			115,8	S		69	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	8893.1	RM colonna <b>toracica</b>	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			115,8	S		69	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	8893.2	RM colonna lombosacrale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			115,8	S		69	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale,	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	
1	69	88931.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO toracica,	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO lombosacrale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88941.7	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM gomito, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.0	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM polso, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione





EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88942.7	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto: piede, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88.94.3	Angio-RM arto o arti superiori	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			184,8	S		69	88.94.3	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI
1	69	88.94.4	Angio-RM arto o arti inferiori	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			320		S	69	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI
1	69	8894A.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di articolazione sacro-iliache, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di articolazione coxofemorale singola, : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM Rm coscia/femore, almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894A.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto - Grandi articolazioni: RM di spalla, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM di bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), : almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM di articolazione sacro-iliache, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto - Grandi articolazioni: RM di articolazione coxofemorale singola, : almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM di cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM coscia/femore almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM braccio/omero: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88.94.C	Artro-RM con mdc intra-articolare	Almeno 3 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			250		S	69	88.94.C	ARTRO-RM ( con m.d.c. intra-articolare)
1	69	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	S	S			120,1	S		69	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezione. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare
1	69	88953.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare con integrazione di ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.95.2	N	S			371,9	S		69	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE
1	69	88954.0	RM dell'addome inferiore e scavo pelvico	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	S	S			120,1	S		69	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88954.1	RM del pene	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	S	S			120,1	S		69	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88955.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88955.1	RM del pene senza e con contrasto		S	S			187,1	S		69	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88956.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare con integrazione di ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	N	S			371,9	S		69	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE
1	69	88.95.7	RM addome superiore ed inferiore	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	S	S			330		S	69	88.95.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE
1	69	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	S	S			430		S	69	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto
1	69	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	S	S			100		S	69	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE
1	69	8895A.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo con integrazione di COLANGIO RM con m.d.c. - un distretto	Prestazione da eseguirsi ad integrazione della prestazione cod. 88.95.1. e sostituzione Almeno 2 sequenze specifiche con completamento di studio dell'addome superiore.	N	S			170,1		S	69	88.95.A	ANGIO RM con m.d.c. - un distretto
1	69	8895A.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo con integrazione di Wirsung RM.	Prestazione da eseguirsi ad integrazione della prestazione cod. 88.95.1. e sostituzione Almeno 2 sequenze specifiche con completamento di studio dell'addome superiore.	N	S			170,1		S	69	88.95.A	ANGIO RM con m.d.c. - un distretto
1	69	8895B.0	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti	Prestazione da eseguirsi non a completamento della prestazione cod. 88.95.1. Almeno 2 sequenze specifiche.	S	S			150		S	69	88.95.B	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti
1	69	8895B.1	Wirsung RM. Con mezzo di contrasto	Prestazione da eseguirsi non a completamento della prestazione cod. 88.95.1. Almeno 2 sequenze specifiche.	S	S			150		S	69	88.95.B	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti
1	69	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)		S	S			250		S	69	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)
1	69	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		S	S			21,2	S		69	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia
1	69	88992.0	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare		S	S			31,5	S		69	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	69	88992.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X femorale		S	S			31,5	S		69	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88992.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X ultradistale		S	S			31,5	S		69	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	69	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		S	S			43,4	S		69	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body
1	69	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI		S	S			17,6	S		69	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI
1	69	88.99.6	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA		S	S			35		S	69	88.99.6	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA
1	69	8901.27	Visita radiologica di controllo		S	S			12,9	S		69	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	69	897.24	VISITA specialistica radiologica		S	S			20,7	S		69	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	69	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER applicato ad esame di base	Tale prestazione qualora effettuata va ad integrare le prestazioni 88.79.3, 88.79.1, 88.79.5, 88.79.6, 88.79.7, 88.79.8, 88.79.9	S	S			20		S	69	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER applicato ad esame di base
1	58	4325.1	RETOSIGMODOSCOPIA (sigmoidosc. endoscopio fless. ) e successiva Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale. - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24		S			266,8	S		58	45.25	Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
1	58	4325.2	Rettosigmoidoscopia (sigmoidosc. endoscopio fless. Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24		S			174,3	S		58	45.25	Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
1	58	4542.1	Colonscopia - ileoscopia retrograda (enteroscopia) e successiva Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale	Tale prestazione è sempre effettuata ad integrazione e sostituzione della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24	S	S			260,8	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale
1	58	4542.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (sigmoidosc. endoscopio fless. Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale	Tale prestazione è sempre effettuata ad integrazione e sostituzione della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24	S	S			168,3	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale
1	69	8838B.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			135,5		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			184,4		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			208		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacroiliache e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,9		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.5	TC rachide (colonna) cervicale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,7		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.6	TC rachide (colonna) dorsale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,7		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.7	TC rachide (colonna) lombo-sacrale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,7		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	36	88793.1	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE con m.d.c.		S	S			120,4	S		36	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	69	88793.1	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE con m.d.c.		S	S			120,4	S		69	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	69	88796.1	Ecografia dei testicoli (scrotale) con m.d.c.		N	S			123	S		69	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	43	88798.1	ECOGRAFIA TRANSRETTALE con m.d.c.	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	N	S			135,4	S		43	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	69	88798.1	ECOGRAFIA TRANSRETTALE con m.d.c.	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	N	S			135,4	S		69	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	69	88799.1	Ecografia osteoarticolare con m.d.c.	Prestazione riferita allo studio delle articolazioni escluso il codice 88.79.2	S	S			125,5		S	69	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
1	69	88915.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			371,9	S		69	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88919.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare e SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita <u>a completamento e in sostituzione</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	N	S			347,5		S	69	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA
1	69	8891C.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso : relativo distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			231,1		S	69	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto
1	69	88925.1	RM (cine-rm) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	N	S			419,9	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	69	88956.1	RM del pene senza e con contrasto e con integrazione di ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	N	S			371,9	S		69	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE
1	69	88751.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		S	S			32	S		69	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	58	88741.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE com m.d.c Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo . Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		N	S			135,9	S		58	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88741.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE com m.d.c Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo . Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	N	S			135,9	S		69	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88753.0	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE		S	S			44		S	69	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	58	88756.0	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		N	S			60,4	S		58	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88756.0	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	N	S			60,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88791.0	Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo		S	S			28,4	S		69	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
DGR 84	09	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.		S	S			911		S	09	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.
DGR 84	09	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		S	S			36,59		S	09	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
DGR 84	12	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)		S	S			620		S	12	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)
DGR 84	12	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		S	S			36,59		S	12	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
DGR 84	14	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.		S	S			911		S	14	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.
DGR 84	30	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)		S	S			620		S	30	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 84	34	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATOI E I CONTROLLI POSTOPERATORI		S	S			900		S	34	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DI LENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATOI E I CONTROLLI POSTOPERATORI
DGR 84	34	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)		S	S			480		S	34	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)
DGR 84	34	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (SENZA IL FARMACO)		S	S			385		S	34	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (SENZA IL FARMACO)
DGR 84	36	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)		S	S			620		S	36	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)
DGR 84	52	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		S	S			36,59		S	52	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
DGR 54	09	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)
DGR 54	09	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)
DGR 54	09	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)
DGR 54	09	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti , Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti , Visita post intervento)
DGR 54	09	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)
DGR 54	09	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiologicala ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)
DGR 54	09	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	09	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	09	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	09	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	09	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1000		S	09	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	12	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	12	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiologicala ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 54	12	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	12	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	12	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1000		S	12	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	14	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	14	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	14	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	14	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	14	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1000		S	14	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	30	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1500		S	30	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	34	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)(Visita anestesiológica ed anestesia, esami primo intervento, medicazioni, rimozione punti, visita)		S	S			800		S	34	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)(Visita anestesiológica ed anestesia, esami primo intervento, medicazioni, rimozione punti, visita)
DGR 54	34	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita)		S	S			800		S	34	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita)
DGR 54	34	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1100		S	34	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	34	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			800		S	34	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	34	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, visita di controllo)		S	S			900		S	34	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, visita di controllo)
DGR 54	36	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1500		S	36	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 54	36	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1500		S	36	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	36	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	36	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	37	69.10	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO PER VIA ENDOSCOPICA CON ELETTRODI BIPOLARI		S	S			815		S	37	69.10	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO PER VIA ENDOSCOPICA CON ELETTRODI BIPOLARI
DGR 54	43	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Prima seduta. Incluso : visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2		S	S			750		S	43	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Prima seduta. Incluso : visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
DGR 54	43	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Per seduta SUCCESSIVA ALLA PRIMA. Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1		S	S			550		S	43	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Per seduta SUCCESSIVA ALLA PRIMA. Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
DGR 54	43	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo		S	S			550		S	43	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo
DGR 33	64	99.25.5	Terapia antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea		S	S			77		S	64	99.25.5	Terapia antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea
2	69	38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE						2350		S	69	38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE
2	69	38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)						750		S	69	38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)
2	69	39.1	TIPS						2500		S	69	39.1	TIPS
2	69	39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)						900		S	69	39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)
2	69	39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post						2000		S	69	39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post
2	69	39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE						800		S	69	39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE
2	69	39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE	La prestazione va utilizzata anche per l' aortografia addominale per studio circolo arti inferiori					500		S	69	39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE
2	69	39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE						500		S	69	39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE
2	69	39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE	Prestazione che va ad aggiungersi alla prestazione angiografica per ogni accesso vascolare successivo al primo					300		S	69	39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE
2	69	39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI						1500		S	69	39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI
2	69	39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA						1500		S	69	39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA
2	69	39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)						2250		S	69	39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)
2	69	39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT						3500		S	69	39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT
2	69	39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)						3000		S	69	39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)
2	69	39.99.A	TERAPIA INTERVENTISTICA ECOGUIDATA MUSCOLOSCHIELETRICA						200		S	69	39.99.A	TERAPIA INTERVENTISTICA ECOGUIDATA MUSCOLOSCHIELETRICA
2	69	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA						800		S	69	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA
2	69	43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA						900		S	69	43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA
2	69	50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE						900		S	69	50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE
2	69	50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)						650		S	69	50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)
2	69	51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA						900		S	69	51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA
2	69	51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda						600		S	69	51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	69	51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc.						1700		S	69	51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc.
2	69	51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA						1300		S	69	51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA
2	69	51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO	Per ogni accesso successivo al primo (cod. 51.99.1)					500		S	69	51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO
2	69	51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)						500		S	69	51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)
2	69	54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO						350		S	69	54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO
2	69	54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA						1000		S	69	54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA
2	69	55.12.1	PIELOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE						1000		S	69	55.12.1	PIELOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE
2	69	55.12.2	PIELOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE						1500		S	69	55.12.2	PIELOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE
2	69	56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE						800		S	69	56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE
2	69	56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE						1100		S	69	56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE
2	69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento						125		S	69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento
2	69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI						1200		S	69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI
2	69	87.21	MIELOGRAFIA						600		S	69	87.21	MIELOGRAFIA
2	69	87.21.A	MIELO-TC						700		S	69	87.21.A	MIELO-TC
2	69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA						600		S	69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA
2	69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra						600		S	69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra
2	69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra						600		S	69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra
2	69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra						600		S	69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra
2	69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA
2	69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO						600		S	69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO
2	69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA
2	69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA
2	69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCCLAVIA DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCCLAVIA DESTRA O SINISTRA
2	69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE						600		S	69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE
2	69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA						600		S	69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA
2	69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO						600		S	69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO
2	69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE						600		S	69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE
2	69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA	Tale prestazione va ad aggiungersi alle prestazioni da 88.49.1 a 88.49.7, per ogni ulteriore iniezione selettiva nella stessa seduta					150		S	69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA
2	69	88.95.E	RM DELLA PROSTATA per via transrettale						200		S	69	88.95.E	RM DELLA PROSTATA per via transrettale
2	69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI						1200		S	69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI
2	69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA						1000		S	69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA
2	69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE						1800		S	69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE
2	69	99.29	FIBRINOLISI						1800		S	69	99.29	FIBRINOLISI
2	69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA						1500		S	69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA
2	69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI						500		S	69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI
2	70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta	Condizionamento procedure trapiantologiche					1800	S		70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta
2	70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive	Per singola seduta					300		S	70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive
2	79	93.01.7	COUNSELLING	Attivazione di piano terapeutico nutrizionale complesso					57		S	79	93.01.7	COUNSELLING
2	79	93.01.8	COUNSELLING	Attivazione di piano dietetico complesso					23		S	79	93.01.8	COUNSELLING
2	79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE	Finalizzato al trattamento nutrizionale					36,95		S	79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE
2	79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA	Per giornata di terapia, escluso materiale e miscele nutritive					7,75		S	79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore e tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NED. Prevede una parte teorica e una parte pratica e comprende: - manovre per la pulizia della superficie di appoggio e delle mani; - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di deflusione; - attacco alla sonda di nutrizione enterale e programmazione della nutripompa; - stacco della sacca e pulizia della sonda nutrizionale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'					14,8		S	79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)
2	79	99.15.1	NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Per giornata di terapia, escluso materiale e sacche premiscelate					22,15		S	79	99.15.1	NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)
2	79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NPD. Comprende una parte teorica e una parte pratica e in particolare: - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di infusione; - attacco al catetere venoso centrale e inizio dell'infusione della sacca; - programmazione della pompa infusoriale; -stacco della sacca con lavaggio ed eparinizzazione del catetere venoso centrale; - medicazione dell'emergenza cutanea del catetere venoso central					18,5		S	79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)
2	81	8905.0	Visita C.A.S.	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per le prestazioni di accoglienza del paziente nei programmi di cure palliative dove vengono effettuate le stesse attività di raccolta dati, informazione, accoglienza, indirizzo e supporto, coordinamento delle diverse figure professionali					40		S	81	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE
2	81	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Tale prestazione è da utilizzarsi in caso di attivazione del Gic di cure palliative da parte del medico di cure palliative indipendentemente dalla segnalazione del Cas					46,5	S		81	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
2	81	93.01.7	COUNSELLING	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dal medico di cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani terapeutici e sedute di counselling individualizzati con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera.					57		S	81	93.01.7	COUNSELLING
2	81	93.01.8	COUNSELLING	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dall'infermiere delle cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani assistenziali con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera					23		S	81	93.01.8	COUNSELLING
2	85	8903.06	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano diabetologico	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.					20,7	S		85	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
2	85	8905.0	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE	primo approccio presso il Centro di Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.					40		S	85	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE
2	85	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.					11,2		S	85	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi
DGR 33	64	99.25.4	Terapia antitumorale con infusione di farmaci		S	S			135		S	64	99.25.4	Terapia antitumorale con infusione di farmaci

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	14	39.92	Iniezione intravenosa di sostanze sclerosanti		S	S			8,7	S		14	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)
1	14	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		S	S			46	S		14	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88.71.3	Colordoppler transcranico (TCCD)		S	S			49,1	S		14	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -
1	14	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		S	S			32	S		14	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
1	14	8901.07	Visita chirurgica vascolare di controllo		S	S			12,9	S		14	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	14	897.06	Visita chirurgica vascolare - prima visita		S	S			20,7	S		14	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	19	88714.0	Ecografia del collo per linfonodi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		19	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	19	88714.1	Ecografia ghiandole salivari	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		19	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	19	88714.2	Ecografia tiroide - paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		19	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	19	8901.08	Visita endocrinologica di controllo		S	S			12,9	S		19	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	19	897.07	Visita endocrinologica - Prima Visita		S	S			20,7	S		19	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	29	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		S	S			34,1	S		29	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI
1	29	8901.09	Visita nefrologica di controllo	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto già tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	S	S			12,9	S		29	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	29	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	S	S			41,3	S		29	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -
1	29	897.08	Visita nefrologica - prima visita	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	S	S			20,7	S		29	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	29	8903.07	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o peritonealeprima		S	S			20,7	S		29	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o peritonealeprima
1	30	8901.10	Visita neurochirurgica di controllo		S	S			12,9	S		30	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	30	897.09	Visita neurochirurgica - prima visita		S	S			20,7	S		30	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		S	S			46	S		32	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica
1	32	88.71.3	Colordoppler transcranico (TCCD)		S	S			49,1	S		32	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -
1	32	8901.11	Visita neurologica di controllo		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)		S	S			23,2	S		32	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)
1	32	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO		S	S			34,9	S		32	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
1	32	89.15.1	Potenziali evocati acustici		S	S			23,2	S		32	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
1	32	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	89153.2	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto inferiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	32	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		S	S			34,9	S		32	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG
1	32	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		S	S			139,4	S		32	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali
1	32	897.10	Visita Neurologica		S	S			20,7	S		32	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	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)		S	S			10,3	S		32	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)
1	32	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		S	S			10,3	S		32	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
1	32	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		S	S			10,3	S		32	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
1	33	89.14	Elettroencefalogramma (eeg) standard		S	S			23,2	S		33	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)
1	33	89.14.2	Elettroencefalogramma con privazione del sonno		S	S			34,9	S		33	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO
1	33	89.15.1	Potenziali evocati acustici		S	S			23,2	S		33	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
1	33	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		S	S			139,4	S		33	89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali
1	33	897.11	Visita neuropsichiatrica infantile - Prima Visita	Colloquio con i genitori per la raccolta dell'anamnesi. Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria. Prescrizione esami terapie. Breve relazione per il curante. Compilazione cartella clinica. Durata 60'.	S	S			20,7	S		33	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	33	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)		S	S			10,3	S		33	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)
1	33	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		S	S			10,3	S		33	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
1	33	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		S	S			10,3	S		33	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
1	33	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	Tale codice va utilizzato anche per "colloquio psicologico/neuro psicologico"	S	S			19,4	S		33	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
1	33	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		S	S			23,2	S		33	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi
1	34	8901.12	Visita oculistica di controllo		S	S			12,9	S		34	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	34	95.12.1	Angiografia oculare con verde indocianina	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	S	S			53,5		S	34	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA
1	34	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		S	S			23,2	S		34	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi
1	35	8901.13	Visita odontoiatrica di controllo		S	S			12,9	S		35	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	35	897.12	Visita odontoiatrica - Prima visita		S	S			20,7	S		35	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	S	S			27,9	S		36	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	36	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		S	S			32,5	S		36	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca
1	36	88793.0	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		S	S			28,4	S		36	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	36	8901.14	Visita ortopedica di controllo		S	S			12,9	S		36	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	36	897.13	Visita ortopedica - Prima visita		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Indipendentemente dal numero dei distretti trattati	S	S			14,2	S		36	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare
1	36	88793.1	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE con m.d.c.		S	S			120,4	S		36	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		S	S			50,1	S		37	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	37	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		S	S			23	S		37	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione
1	37	8901.15	Visita ostetrico-ginecologica di controllo		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	37	8901.16	Visita andrologica di controllo		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	37	8926.1	Visita andrologica Prima visita		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
1	38	8901.17	Visita otorinolaringoiatrica di controllo		S	S			12,9	S		38	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	38	8901.18	Visita foniatrica di controllo		S	S			12,9	S		38	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	38	89.12	Rinomanometria		S	S			13,9	S		38	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria
1	38	897.14	Visita otorinolaringoiatrica Prima visita		S	S			20,7	S		38	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	38	897.15	Visita foniatrica Prima Visita		S	S			20,7	S		38	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	39	8901.19	Visita pediatrica di controllo		S	S			12,9	S		39	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	39	897.16	Visita pediatrica - Prima Visita		S	S			20,7	S		39	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	40	897.17	Visita psichiatrica - Prima Visita		S	S			20,7	S		40	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	40	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	Tale codice va utilizzato anche per "colloquio psicologico/neuro-psicologico"	S	S			19,4	S		40	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
1	43	57.94	Cateterismo vescicale		S	S			9,1	S		43	57.94	CATETERISMO VESCICALE
1	43	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		S	S			34,1	S		43	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI
1	43	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		S	S			50,1	S		43	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	43	88798.0	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	S	S			43,4	S		43	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	43	8901.20	Visita urologica di controllo		S	S			12,9	S		43	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	43	897.18	Visita urologica Prima visita		S	S			20,7	S		43	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	43	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravescicali		S	S			9,7	S		43	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravescicali
1	43	88798.1	ECOGRAFIA TRANSRETTALE con m.d.c.	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	N	S			135,4	S		43	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	52	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		S	S			19,5	S		52	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -
1	52	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera prestazione ogni seduta test con allergeni inalabili e/o alimentari. Consiste nell'applicare 10/12 gtt. di allergene per seduta, effettuare i controlli neg. e pos. e eseguire la lettura dopo 20 minuti.	S	S			11,6	S		52	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI
1	52	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, in media 30, lasciati in situ per 48 ore, e lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	S	S			32,5	S		52	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	52	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	SSi intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	S	S			23,2	S		52	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA
1	56	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	S	S			27,9	S		56	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	56	8901.22	Visita fisiatrica di controllo	Visita fisiatrica di controllo	S	S			12,9	S		56	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	56	89.15.1	Potenziali evocati acustici		S	S			23,2	S		56	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI
1	56	897.20	Visita fisiatrica Prima visita	Prima visita fisiatrica	S	S			20,7	S		56	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	56	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisinnogramma (89.17)		S	S			10,3	S		56	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisinnogramma (89.17)
1	56	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		S	S			10,3	S		56	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo
1	56	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		S	S			10,3	S		56	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo
1	56	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Si ribadisce che nella disabilità 4, per tale trattamento, sono prescrivibili al massimo 4 sedute manipolative ( indipendentemente dal numero di distretti corporei trattati nella stessa seduta) Per paziente/2volte/anno e solo a seguitodi documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica. In caso di pazienti con disabilità 5, sono prescrivibili al massimo 4 sedute manipolative ( indipendentemente dal numero di distretti corporei trattati nella stessa seduta) per paziente, 1 volta l'anno e solo a seguito di documentata efficacia del precedente ciclo terapeutico e di positività della semeiotica manipolativa specifica.	S	S			14,2	S		56	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare
1	56	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		S	S			23,2	S		56	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi
1	58	48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale		S	S			41,9	S		58	48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale
1	61	57.94	CATETERISMO VESCICALE		S	S			9,1	S		61	57.94	CATETERISMO VESCICALE
1	61	88714.0	Ecografia del collo per linfonodi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		61	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	61	88714.1	Ecografia ghiandole salivari	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		61	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	61	88714.2	Ecografia tiroide - paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		61	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	88992.0	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		S	S			31,5	S		61	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	61	88992.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		S	S			31,5	S		61	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	61	8901.24	Visita medico-nucleare di controllo	- Visita di controllo effettuata entro 45 giorni dalla 1° visita -Visita di follow-up -Visita/parere	S	S			12,9	S		61	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	61	8903.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Visita medico nucleare pre trattamento	Tale codifica si riferisce alla visita medico nucleare. Si considera visita medico nucleare pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	S	S			20,7	S		61	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	61	92.03.3	Scintigrafia sequenziale renale	Comprende: Scintigrafia renale sequenziale. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata. L'esame prevede l'esecuzione di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni morfo-funzionali qualitative sul rene e le vie escretrici, sia parametri semi-quantitativi temporali (Tmax, T50 sulla curva nefrografica ottenuta con l'impiego di ROI), sia % di funzioni di un rene rispetto all'altro punto. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata con test farmacologico o con test dinamici. Si riferisce all'esecuzione di una scintigrafia renale sequenziale associando, secondo metodi noti standardizzati: la somministrazione di furosemide ( test al Lasix: finalizzato a differenziare una dilatazione delle vie escretrici renali di natura ostruttiva, da una dilatazione di natura non ostruttiva); la somministrazione di Capoten ( Test al Captopril: finalizzato alla diagnosi o esclusione di ipertensione reno-vascolare ). Lo studio è finalizzato ad ottenere i	S	S			112,3	S		61	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale
1	64	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	S	S			27,9	S		64	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	64	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali		S	S			9,7	S		64	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali
1	68	8901.26	Visita pneumologica di controllo		S	S			12,9	S		68	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	68	89.17.3	Monitoraggio cardio respiratorio completo.	Secondo le linee guida regionali	S	S					S	68	89.17.3	Monitoraggio cardio respiratorio completo.
1	68	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	S	S			23,2	S		68	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
1	68	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Completa il test codice(89.37.1). Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di Beta stimolante.		S			37,2	S		68	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
1	68	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	Somministrazione di un bronco costruttore farmacologico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	S	S			55,8	S		68	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
1	68	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	S	S			83,7	S		68	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	68	897.23	Visita pneumologica - prima visita		S	S			20,7	S		68	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	69	8703.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc dell'encefalo		S	S			74,9	S		69	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'encefalo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			120,4	S		69	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			15	S		69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale
1	69	8724.1	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE . Radiografia del sacrococcigeo(almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	87.42.A	TOMOSINTESI MAMMARIA BILATERALE		S	S			34,9		S	69	87.42.A	TOMOSINTESI MAMMARIA BILATERALE
1	69	87.42.B	TOMOSINTESI MAMMARIA MONOLATERALE		S	S			23		S	69	87.42.B	TOMOSINTESI MAMMARIA MONOLATERALE
1	69	87.42.C	TOMOSINTESI TORACE		S	S			49,1		S	69	87.42.C	TOMOSINTESI TORACE
1	69	87432.1	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) sterno		S	S			16	S		69	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola
1	69	87432.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) clavicola		S	S			16	S		69	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola
1	69	87441.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Telecuore (2 proiezioni)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	S	S			15,5	S		69	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
1	69	87691.0	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE ansogramma colico per atresia anrettale		S	S			63,3	S		69	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anrettale
1	69	87691.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia		S	S			63,3	S		69	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anrettale
1	69	8821.1	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di braccio		S	S			17,8	S		69	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
1	69	8821.2	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE -Radiografia (2 proiezioni ) toraco-brachiale		S	S			17,8	S		69	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
1	69	8823.3	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) del dito della mano		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	69	88388.0	ARTRO TC gomito	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.1	ARTRO TC ginocchio	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.2	ARTRO TC anca	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.3	ARTRO TC caviglia	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	88388.4	ARTRO TC polso	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	S	S			135,7	S		69	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio o anca o caviglia o polso
1	69	8848.1	TC rachide (colonna) dorsale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI
1	69	88714.0	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari,		S	S			28,4	S		69	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	69	88714.1	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: collo per linfonodi,		S	S			28,4	S		69	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88714.2	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroidi comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	S	S			28,4	S		69	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi
1	69	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	S	S			71,8		S	69	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA
1	69	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88741.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	S	S			43,9	S		69	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		S	S			34,1	S		69	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI
1	69	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		S	S			50,1	S		69	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	69	88756.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO con m.d.c.	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	S	S			152,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		S	S			32	S		69	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali
1	69	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI , ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88772.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ( CELIACO MESENTERICO, ILIACO CAVALE, FEGATO, PARTI MOLLI ), ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		69	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	69	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		S	S			23	S		69	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione
1	69	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		S	S			32,5	S		69	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca
1	69	88793.0	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		S	S			28,4	S		69	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	69	88798.0	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	S	S			43,4	S		69	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	69	88.91.E	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) Temporomandibolare con bobina dedicata e studio dinamico		S	S			160		S	69	88.91.E	
1	69	8894B.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM di bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), : almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM di articolazione sacro-iliache, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894B.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA senza e con contrasto - Grandi articolazioni: RM di articolazione coxofemorale singola, : almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM di cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM coscia/femore almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894B.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA senza e con contrasto- Grandi articolazioni: RM braccio/omero: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88954.1	RM del pene	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	S	S			120,1	S		69	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare
1	69	8895A.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo con integrazione di Wirsung RM.	Prestazione da eseguirsi ad integrazione della prestazione cod. 88.95.1. e sostituzione Almeno 2 sequenze specifiche con completamento di studio dell'addome superiore.	N	S			170,1		S	69	88.95.A	ANGIO RM con m.d.c. - un distretto
1	69	8895B.1	Wirsung RM. Con mezzo di contrasto	Prestazione da eseguirsi non a completamento della prestazione cod. 88.95.1. Almeno 2 sequenze specifiche.	S	S			150		S	69	88.95.B	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti
1	69	88992.0	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare		S	S			31,5	S		69	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	69	88992.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X femorale		S	S			31,5	S		69	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	69	88992.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X ultradistale		S	S			31,5	S		69	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	69	8901.27	Visita radiologica di controllo		S	S			12,9	S		69	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	69	897.24	VISITA specialistica radiologica		S	S			20,7	S		69	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	69	88793.1	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE con m.d.c.		S	S			120,4	S		69	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	69	88798.1	ECOGRAFIA TRANSRETTALE con m.d.c.	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	N	S			135,4	S		69	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	69	88741.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE con m.d.c Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo . Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	N	S			135,9	S		69	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88756.0	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	N	S			60,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	70	8901.28	Visita radioterapica di controllo	Visite di follow-up e quelle in corso di trattamento con radioterapia: queste ultime in linea di massima, da eseguirsi almeno una volta alla settimana	S	S			12,9	S		70	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	70	897.25	Prima Visita Radioterapica		S	S			20,7	S		70	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	71	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		S	S			27,9	S		71	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO
1	71	8901.29	Visita reumatologica di controllo		S	S			12,9	S		71	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	71	897.26	Prima visita reumatologica		S	S			20,7	S		71	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	82	897.30	Prima Visita anestesilogica		S	S			20,7	S		82	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	98	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA		S	S			408	S		98	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA
1	01	8901.01	Visita allergologica di controllo	Visita di controllo Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita. La documentazione esistente viene aggiornata.	S	S			12,9	S		01	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	01	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Trattasi di visita multidisciplinare in cui il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	S	S			46,5	S		01	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	01	89.12	Rinomanometria	Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. Nel caso di esecuzione della rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene si utilizza il codice 89.12.A	S	S			13,9	S		01	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria
1	01	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	Esame rinomanometrico associato al test di stimolazione nasale con allergene	S	S			120		S	01	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE
1	01	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	S	S			23,2	S		01	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
1	01	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	S	S			37,2	S		01	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
1	01	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	Curva dose-risposta - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13. Somministrazione di un bronco costruttore farmacologico aspecifico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	S	S			55,8	S		01	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	01	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Il test si esegue facendo inalare una sostanza specifica/allergene in polvere o soluzione. Per singolo stimolo si intende la singola sostanza. Il test con materiale d'uso professionale non è previsto come ambulatoriale. Vanno eseguite spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 8 misure valide. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 8 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) o congiun	S	S			46,5	S		01	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4
1	01	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -		S	S			23,2	S		01	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -
1	01	897.00	VISITA ALLERGOLOGICA - Visita specialistica, Prima visita		S	S			20,7	S		01	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	01	89721.0	Visita allergologica di controllo e VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nel caso di farmaco allergia o sindromi complesse (più sindromi riscontrate contemporaneamente). La corretta compilazione del campo anamnesi giustifica la sostituzione di questa prestazione a quella con codice 8897.00 (visita allergologica)		S			48,7		S	01	89.7.2	VALUTAZIONE CLINICA
1	01	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		S	S			2,6	S		01	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
1	01	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa, adeguata pressione e lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30"	S	S			6	S		01	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE
1	01	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera una prestazione ogni seduta test con 7 allergeni inalabili e/o alimentari più i controlli positivo e negativo. Consiste nell'applicare le gtt di allergene ed eseguire la lettura dopo circa 20 minuti.	S	S			11,6	S		01	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI
1	01	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, 25/30, lasciati in situ per 48 ore, e successiva lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	S	S			32,5	S		01	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA (PATCH TEST)
1	01	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	SSi intendono i test per allergeni non inalabili o alimentari, testabili per via cutanea: 1) Anestetici locali; 2) Anestetici generali; 3) Test Penicillina (ppl ed mdm); 4) Test catene laterali Beta lattamine; 5) Test per altri farmaci testabili. Lo stesso codice identifica anche i test con veleni di imenotteri. Si rileva come prestazione l'esecuzione, la lettura e la refertazione di ciascuno dei test elencati effettuati secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	S	S			23,2	S		01	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA
1	01	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA ORALE PER ALIMENTI, FARMACI ED ADDITIVI.	Il test è completo, e si rileva come prestazione, dopo: 1) somministrazione di una singola dose di allergene (capsuline/soluzione) o di placebo; 2) trascorso il periodo di osservazione di alcune ore (non inferiore ad un'ora). Sono test di tolleranza/scatenamento in vivo eseguibili in aperto, cieco, doppio cieco, secondo i criteri riportati nella parte generale delle linee guida.	S	S			7,8		S	01	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA ORALE PER ALIMENTI, FARMACI ED ADDITIVI.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	01	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI	Il test si rileva come prestazione ogni 6 sostanze testate oltre ai controlli positivi e negativi e si effettua secondo le indicazioni dei protocolli regionali.	S	S			18,6		S	01	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI
1	01	91.90.B	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	Consiste nell'applicare una sostanza aptenica/allergenica sulla faccia volare dell'avambraccio senza occlusione e senza utilizzo di apparati testanti. Sostanze da applicare e criteri di lettura secondo letteratura.	S	S			6,7		S	01	91.90.B	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)
1	01	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	S	S			1,1	S		01	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO
1	01	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	Consiste nella somministrazione di un estratto allergene specifico (acquoso o ritardato) a dosi crescenti o ripetute nel tempo. La prestazione prevede le valutazioni cliniche necessarie per individuare eventuali controindicazioni temporanee alla somministrazione della terapia. Si utilizza questo codice per una somministrazione di estratto per vaccinoterapia. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	S	S			11,6	S		01	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione
1	01	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -	Somministrazione per via iniettiva di modificatori biologici della risposta immunitaria (diversi dai vaccini antiallergici) quali ad esempio gli anticorpi monoclonali anti IgE. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	S	S			11,6	S		01	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -
1	05	8901.32	Visita angiologica di controllo		S	S			12,9	S		05	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	05	897.28	VISITA SPECIALISTICA ANGIOLOGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		05	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	07	8901.33	Visita cardiocirurgica di controllo		S	S			12,9	S		07	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	07	897.29	VISITA SPECIALISTICA CARDIOCHIRURGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		07	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
2	08	36.0	ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (codici 36.01, 36.02, 36.05)						3680		S	08	36.0	ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (codici 36.01, 36.02, 36.05)
1	08	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		S	S			59,3	S		08	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
1	08	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		S	S			59,3	S		08	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
1	08	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	S	S			8,7	S		08	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)
1	08	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		S	S			46	S		08	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88.71.3	Colordoppler transcranico (TCCD)		S	S			49,1	S		08	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -
1	08	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA - Ecocardiografia transesofagea	Con o senza contrastografia. La prestazione comprende preliminarmente la valutazione clinica della sussistenza delle indicazioni risultanti dalla prescrizione.	S	S			77,5	S		08	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA - Ecocardiografia transesofagea
1	08	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		S	S			41,3	S		08	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	08	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	S	S			71,8		S	08	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA
1	08	88.72.7	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	L'esame deve comprendere: 1- la valutazione clinica preliminare delle indicazioni e controindicazioni. 2- Monitorizzazione ECG grafica continua. 3 - Controllo pressorio. 4 - controllo continuo ecocardiografico. Il referto deve essere completato dalla interpretazione dei dati conseguiti.	S	S			109,5		S	08	88.72.7	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA
1	08	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			24,8	S		08	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI , ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88772.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ( CELIACO-MESENTERICO, ILIACO CAVALE, FEGATO, PARTI MOLLI ), ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		08	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -		S	S			23,2	S		08	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	08	8901.02	Visita cardiologica di controllo	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			12,9	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	08	8901.03	Visita cardiocirurgica di controllo	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			12,9	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	08	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	S	S			55,8	S		08	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
1	08	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -		S	S			18,6	S		08	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -
1	08	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	S	S			55,8	S		08	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)
1	08	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo		S	S			55,8	S		08	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo
1	08	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	S	S			83,7	S		08	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.
1	08	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	S	S			23,2	S		08	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -
1	08	89721.0	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE ed ECG	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente. ECG Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	N	S			57,1		S	08	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
1	08	89.50	ECG dinamico 24 ore - (holter)	L'esame deve comprendere monitoraggio dinamico ECG continuo di 24 ore con metodica HOLTER	S	S			62	S		08	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)
1	08	89.52	ECG			S			11,6	S		08	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -
1	08	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia		S	S			46,5	S		08	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia
1	08	89.54.1	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP		S	S			45		S	08	89.54.1	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP
1	08	89.54.2	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI		S	S			37,7		S	08	89.54.2	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI
1	08	89.54.3	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE		S	S			22,8		S	08	89.54.3	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE
1	08	89.54.4	ECG TRANSESOFAGEO		S	S			77		S	08	89.54.4	ECG TRANSESOFAGEO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	08	89.54.5	ECG TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO		S	S			142,6		S	08	89.54.5	ECG TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO
1	08	89581.0	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		08	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89581.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		08	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			27,9	S		08	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		08	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	08	89584.0	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		08	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)
1	08	89584.1	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		08	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)
1	08	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)		S	S			27,9	S		08	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)
1	08	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			20,7	S		08	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	08	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		08	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	08	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		S	S			18,6	S		08	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -
1	08	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -	Tilting test - con o senza prove farmacologiche	S	S			41,3	S		08	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -
1	08	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	L'esame deve comprendere il monitoraggio pressorio ed il giudizio medico relativo	S	S			41,3	S		08	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -
1	08	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		S	S			46,5	S		08	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -
1	08	897.01	Visita cardiologica - Visita specialistica, Prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			20,7	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	897.02	Visita cardiocirurgica - Visita specialistica, Prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			20,7	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		S	S			10,1	S		08	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -
1	09	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio ecoguidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		S	S			73,8	S		09	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio ecoguidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei
1	09	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		S	S			60,8	S		09	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide
1	09	06.11.2	Agobiopsia tiroidea	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		09	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	09	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -		S	S			93,9	S		09	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -
1	09	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile		S	S			180,7	S		09	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile
1	09	34.91	Toracentesi		S	S			111,6	S		09	34.91	TORACENTESI -
1	09	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		S	S			198,4	S		09	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata
1	09	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari		S	S			58,5	S		09	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari
1	09	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		S	S			83	S		09	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)
1	09	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		S	S			146,4	S		09	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)
1	09	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -		S	S			48,9	S		09	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -
1	09	48.35	Asportazione locale lesione o tessuto del retto		S	S			41,9	S		09	48.35	Asportazione locale di lesione o tessuto del retto - Escluso: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistulectomia rettale
1	09	49.01	Incisione di ascesso perianale		S	S			41,9	S		09	49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE -
1	09	49.02	Incisione ascesso perianale, undercutting		S	S			41,9	S		09	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)
1	09	49.11	Fistulotomia anale - extrasfinterica		S	S			41,9	S		09	49.11	FISTULOTOMIA ANALE - Extrasfinterica
1	09	49.23	Biopsia dell' ano		S	S			33,3	S		09	49.23	BIOPSIA DELL' ANO -



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	09	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica		S	S			50,2	S		09	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica
1	09	49.39	Asportazione o demolizione di ragadi anali		S	S			50,2	S		09	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)
1	09	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI -		S	S			16,5	S		09	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI -
1	09	49.45	Legatura delle emorroidi		S	S			50,2	S		09	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI -
1	09	49.46	Asportazione delle emorroidi		S	S			50,2	S		09	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI - Emorroidectomia NAS
1	09	49.47	Rimozione di emorroidi trombizzate		S	S			50,2	S		09	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE -
1	09	49.59	Divulsione anale esplorativa		S	S			50,2	S		09	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna)
1	09	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato		S	S			108,5	S		09	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato
1	09	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		S	S			216,9	S		09	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata
1	09	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		S	S			216,9	S		09	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC
1	09	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO		S	S			29,3	S		09	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -
1	09	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)		S	S			86,8	S		09	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)
1	09	54.91	Drenaggio percutaneo addominale - paracentesi		S	S			34,9	S		09	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)
1	09	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		S	S			154,9	S		09	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	09	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)		S	S			40,2	S		09	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)
1	09	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)		S	S			46,9	S		09	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)
1	09	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI		S	S			66,4	S		09	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI
1	09	83.31	Asportazione cisti sinoviale o tendinea radicale		S	S			40,2	S		09	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano
1	09	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)		S	S			7	S		09	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)
1	09	85.0	Mastotomia		S	S			35,8	S		09	85.0	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mastotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi
1	09	85.11	Agobiopsia mammaria (biopsia mammaria)		S	S			34,7	S		09	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA -
1	09	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		S	S			52,1	S		09	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella
1	09	85.20	Incisione per mastite o ascesso mammario		S	S			35,8	S		09	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS - Incisione di ascesso mammario
1	09	85.21	Asportazione tumori benigni mammella		S	S			35,8	S		09	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA - Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)
1	09	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	S	S			44,6	S		09	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata
1	09	86.01	Aspiraz. cute e sottocute (ascesso,ematoma,siero		S	S			9,4	S		09	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma
1	09	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -		S	S			18,6	S		09	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	09	86.03	Incisione di cisti o seno pilonidale		S	S			31,6	S		09	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione
1	09	86.04	Incisione-drenaggio cute sottocute,svuot. ematomi		S	S			44,6	S		09	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)
1	09	86.05.1	Estrazione di corpo estraneo profondo)		S	S			44,6	S		09	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)
1	09	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		S	S			19,5	S		09	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -
1	09	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 (matr		S	S			20,4	S		09	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 (matr
1	09	86.23	Asportazione di unghia incarnita onicectomia		S	S			30,7	S		09	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE -
1	09	86.27	Curettage unghia,matrice o plica ungueale		S	S			20,4	S		09	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)
1	09	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)		S	S			10,1	S		09	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)
1	09	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -		S	S			27,2	S		09	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -
1	09	8901.04	Visita chirurgica generale di controllo - visita successiva alla prima ( comprende anche la visita proctologica )		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	897.03	Visita chirurgica generale -Visita specialistica, Prima visita ( compresa visita proctologica)		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	09	96.22	Dilatazione retto (colonscopia dilatazione bassa)		S	S			9,7	S		09	96.22	DILATAZIONE DEL RETTO -
1	09	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -		S	S			9,7	S		09	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -
1	09	96.26	Riduzione manuale di prolasso rettale		S	S			11,6	S		09	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE -
1	09	96.27	Riduzione manuale di ernia intasata per taxis		S	S			11,6	S		09	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA -
1	09	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -		S	S			10,1	S		09	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -
1	09	98.20	Rimozione corpo estraneo nas		S	S			7,8	S		09	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS -
1	09	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO,SENZA INCISIONE - Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione		S	S			7,8	S		09	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO,SENZA INCISIONE - Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione
1	09	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -
1	09	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -
1	09	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -
1	09	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -
1	09	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		09	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -
DGR 84	09	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.		S	S			911		S	09	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.
DGR 84	09	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		S	S			36,59		S	09	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
DGR 54	09	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 54	09	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRETTA (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)
DGR 54	09	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)
DGR 54	09	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti , Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.29.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti , Visita post intervento)
DGR 54	09	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento)
DGR 54	09	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)		S	S			1100		S	09	53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE (Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia , ECG, esami di laboratorio, rimozione punti ,Visita post intervento)
DGR 54	09	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	09	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	09	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	09	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	09	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1000		S	09	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
1	10	8901.34	Visita chirurgico maxillo facciale di controllo		S	S			12,9	S		10	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	10	897.30	VISITA SPECIALISTICA CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE. Prima visita		S	S			20,7	S		10	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	12	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -		S	S			9	S		12	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -
1	12	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 (matr		S	S			20,4	S		12	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 (matr
1	12	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		S	S			8,6	S		12	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	12	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		S	S			20,4	S		12	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)
1	12	86.4	Asportazione radicale di lesione della cute		S	S			34,1	S		12	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti
1	12	86.59.1	Toeletta e sutura di ferita del volto		S	S			34,1	S		12	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO -
1	12	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)		S	S			10,1	S		12	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)
1	12	86.59.3	Altra sutura estetica di ferita in altri distretti		S	S			13,7	S		12	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO -
1	12	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina		S	S			247,9	S		12	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina
1	12	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		S	S			309,8	S		12	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	12	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	La prestazione è assicurata esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dai protocolli in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007).	S	S			90		S	12	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale
1	12	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		S	S			247,9	S		12	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo
1	12	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		S	S			371,9	S		12	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
1	12	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -		S	S			371,9	S		12	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -
1	12	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita		S	S			371,9	S		12	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita
1	12	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo		S	S			495,8	S		12	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo
1	12	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO - Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)		S	S			309,8	S		12	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO - Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)
1	12	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano		S	S			309,8	S		12	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano
1	12	8901.05	Visita chirurgica plastica di controllo		S	S			12,9	S		12	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	12	897.04	Visita chirurgica plastica - prima visita		S	S			20,7	S		12	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	12	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI -		S	S			9,7	S		12	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI -
DGR 84	12	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)		S	S			620		S	12	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)
DGR 84	12	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		S	S			36,59		S	12	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
DGR 54	12	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	12	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	12	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	12	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	12	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1000		S	12	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
1	13	8901.35	Visita di controllo chirurgia torcica		S	S			12,9	S		13	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	13	897.31	VISITA SPECIALISTICA CHIRURGIA TORACICA. Prima visita		S	S			20,7	S		13	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)		S	S			59,3	S		14	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)
1	14	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)		S	S			59,3	S		14	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell'occhio (95.12)
1	14	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali		S	S			251	S		14	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	14	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		S	S			31	S		14	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)
1	14	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			24,8	S		14	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88772.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ( CELIACO-MESENTERICO, ILIACO CAVALE, FEGATO, PARTI MOLLI ), ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			43,9	S		14	88.77.2	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	88773.0	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			23,2	S		14	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	14	88773.1	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			23,2	S		14	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	14	8901.06	Visita angiologica di controllo		S	S			12,9	S		14	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	14	89581.0	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		14	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89581.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		14	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			27,9	S		14	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		14	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	14	89584.0	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			18,6	S		14	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)
1	14	89584.1	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			18,6	S		14	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)
1	14	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)		S	S			27,9	S		14	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)
1	14	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		S	S			20,7	S		14	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica
1	14	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		S	S			18,6	S		14	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico
1	14	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		S	S			18,6	S		14	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -
1	14	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		S	S			46,5	S		14	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -
1	14	897.05	Visita angiologica - prima visita		S	S			20,7	S		14	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		S	S			10,1	S		14	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -
DGR 84	14	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.		S	S			911		S	14	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.
DGR 54	14	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	14	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	14	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	14	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazioni e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 54	14	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1000		S	14	84.11	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
1	18	8901.36	Visita ematologica di controllo		S	S			12,9	S		18	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	18	897.32	VISITA SPECIALISTICA EMATOLOGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		18	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	19	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		S	S			60,8	S		19	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide
1	19	06.11.2	Agobiopsia tiroidea	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		19	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	20	8901.37	Visita immunologica di controllo		S	S			12,9	S		20	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	20	897.33	VISITA SPECIALISTICA IMMUNOLOGIA. Prima visita		S	S			20,7	S		20	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	21	8901.38	Visita geriatrica di controllo		S	S			12,9	S		21	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	21	897.34	VISITA SPECIALISTICA GERIATRICA. Prima visita		S	S			20,7	S		21	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	24	8901.39	Visita di controllo per le malattie infettive e tropicali		S	S			12,9	S		24	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	24	897.35	VISITA SPECIALISTICA MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI. Prima visita		S	S			20,7	S		24	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	26	8901.40	Visita di controllo di medicina generale		S	S			12,9	S		26	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	26	897.36	VISITA MEDICINA GENERALE. Prima visita		S	S			20,7	S		26	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
2	29	93.01.C	TRAINING PER L'EMODIALISI DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione dell'emodialisi domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, allestimento del domicilio, esame di idoneità finale). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta e per un massimo (di norma) di 3					53,5		S	29	93.01.C	TRAINING PER L'EMODIALISI DOMICILIARE
2	29	93.01.D	TRAINING PER IL TRATTAMENTO DI DIALISI PERITONEALE (DP) DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione della DP domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, controllo dei locali prima dell'invio a domicilio, esame di idoneità). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta al giorno, per un massimo di 10 giorni.					53,5		S	29	93.01.D	TRAINING PER IL TRATTAMENTO DI DIALISI PERITONEALE (DP) DOMICILIARE
2	29	93.01.E	PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO	Gestione ambulatoriale del paziente in condizioni di insufficienza renale cronica (stato predialitico e/o uremico) in preparazione all'inizio del trattamento dialitico sostitutivo. La prestazione, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti, comprende la valutazione clinica e socio-riabilitativa e la definizione del trattamento dialitico dopo colloquio finale con il paziente ed i familiari. La prestazione è da intendersi per singola seduta (1 prestazione al mese) e, di norma, per u					53,5		S	29	93.01.E	PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	29	93.01.F	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE	la prestazione comprende le procedure preparatorie all'iscrizione in lista ed il mantenimento in lista di trapianto renale. La prestazione è ripetuta quando il paziente deve eseguire la visita di revisione (ogni 5 anni fino ai 55 anni di età, successivamente ogni 2 anni) La prestazione è ripetibile per max 5 volte ad ogni revisione.					53,5		S	29	93.01.F	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE
1	29	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		S	S			258,2	S		29	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio
1	29	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		S	S			154,9	S		29	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO
1	29	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			129,1	S		29	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
1	29	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		S	S			103,3	S		29	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE
1	29	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalità quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cell	S	S			165,3	S		29	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI
1	29	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	S	S			232,4	S		29	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata
1	29	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			206,6	S		29	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata
1	29	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	S	S			258,2	S		29	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili.
1	29	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		S	S			258,2	S		29	39.95.8	EMOFILTRAZIONE
1	29	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	S	S			206,6	S		29	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista
1	29	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalità quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata	S	S			172,3		S	29	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI ad assistenza limitata
1	29	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalità quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophane, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata	S	S			136,7		S	29	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI in assistenza domiciliare
1	29	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			267,3		S	29	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata
1	29	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	S	S			267,3		S	29	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata
1	29	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA		S	S			17,5	S		29	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA
1	29	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi		S	S			104,6	S		29	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi
1	29	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	S	S			54,7	S		29	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)
1	29	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	S	S			46,5	S		29	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	29	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, DOMICILIARE, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	S	S			83,2		S	29	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, DOMICILIARE, APD
1	29	54.98.4	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE IPD	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	S	S			178,2		S	29	54.98.4	DIALISI PERITONEALE INTERMITTENTE IPD
1	29	54.98.5	DIALISI PERITONEALE	prestazione da utilizzare in aggiunta in caso di utilizzo di soluzioni alternative al glucosio (1 al giorno)	S	S			6		S	29	54.98.5	DIALISI PERITONEALE
1	29	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzione sanitaria	S	S			50		S	29	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	29	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Prestazione da codificare in presenza della seguente casistica: - inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi -	S	S			46,5	S		29	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	29	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	S	S			15,5	S		29	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso
1	29	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		S	S			15,5	S		29	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.
1	29	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE		S	S			9,7	S		29	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE
1	29	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni		S	S			9,7	S		29	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni
1	29	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		S	S			11,6	S		29	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -
1	29	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		S	S			439	S		29	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA
1	30	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento		S	S			103,3	S		30	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento
1	30	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)		S	S			103,3	S		30	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)
1	30	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -		S	S			71,5	S		30	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -
1	30	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		S	S			77,5	S		30	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
1	30	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		S	S			184,7	S		30	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -
1	30	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA -		S	S			10,1	S		30	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA -
DGR 84	30	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)		S	S			620		S	30	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)
DGR 54	30	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1500		S	30	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
1	32	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		S	S			31,3	S		32	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare
1	32	89.13	VISITA NEUROLOGICA -		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA NEUROLOGICA -
1	32	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		S	S			34,9	S		32	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO
1	32	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore		S	S			46,5	S		32	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore
1	32	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore		S	S			34,9	S		32	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore
1	32	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		S	S			34,9	S		32	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio
1	32	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		S	S			48,8	S		32	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	32	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica		S	S			55,8	S		32	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		S	S			46,5	S		32	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)
1	32	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		S	S			46,5	S		32	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)
1	32	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		S	S			41,8	S		32	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia
1	32	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		S	S			93	S		32	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico
1	32	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -		S	S			139,4	S		32	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -
1	32	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		S	S			139,4	S		32	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -
1	32	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		S	S			27,9	S		32	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -
1	32	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		S	S			51,1	S		32	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
1	32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale - Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)		S	S			7,8	S		32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - Con scala psico-comportamentale - Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche - Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)
1	32	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive		S	S			7,8	S		32	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI - Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive
1	32	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre		S	S			10,3	S		32	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre
1	32	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago		S	S			10,3	S		32	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago
1	32	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		S	S			13,4	S		32	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)
1	32	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	S	S			10,3	S		32	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG
1	32	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	S	S			10,3	S		32	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG
1	32	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE - Incluso: EMG		S	S			10,3	S		32	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE - Incluso: EMG
1	32	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		S	S			10,3	S		32	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG
1	32	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		S	S			8,7	S		32	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)
1	32	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)		S	S			8,4	S		32	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
1	32	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)		S	S			2,1	S		32	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
1	32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		S	S			15,5	S		32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -
1	32	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		S	S			5,8	S		32	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine
1	32	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		S	S			5,8	S		32	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -
1	32	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		S	S			5,8	S		32	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -
1	32	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		S	S			5,8	S		32	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -
1	32	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)		S	S			27,1	S		32	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)
1	32	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -		S	S			9,7	S		32	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -
1	32	93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE	Studio neurofisiologico del SNP (nervi, radici, plessi) e dei muscoli arti superiori. La prestazione è riferita ad 11 segmenti esaminati. Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	S	S			110		S	32	93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE)	Studio neurofisiologico del SNP (nervi, radici, plessi) e dei muscoli arti inferiori La prestazioni è riferita ad 8 segmenti esaminati Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	S	S			85		S	32	93.08.B	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE)
1	32	93.08.C	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO	Studio neurofisiologico momolaterale del SNP (nervi) e dei muscoli del distretto cranico La prestazioni è riferita ad 4 segmenti esaminati Per eventuali ulteriori segmenti oggetto di analisi nella stessa seduta, potrà essere codificata una seconda prestazione con abbattimento tariffario del 15%.	S	S			45		S	32	93.08.C	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO
2	33	93.01.7	COUNSELLING	Counselling informativo per progetto abilitativo, educativo, socio ambientale su pazienti con complessiva grave disabilità					57		S	33	93.01.7	COUNSELLING
2	33	93.01.8	COUNSELLING	Counselling informativo per progetto abilitativo, educativo, socio ambientale su pazienti con complessiva grave disabilità					23		S	33	93.01.8	COUNSELLING
2	33	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO	Counselling informativo per progetto abilitativo, educativo, socio ambientale su pazienti con complessiva grave disabilità					23		S	33	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO
1	33	8901.41	Visita neuropsichiatrica infantile di controllo		S	S			12,9	S		33	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	33	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		S	S			34,9	S		33	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO
1	33	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore		S	S			46,5	S		33	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore
1	33	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore		S	S			34,9	S		33	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore
1	33	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		S	S			34,9	S		33	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio
1	33	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		S	S			48,8	S		33	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	33	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	89153.1	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto inferiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		S	S			34,9	S		33	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG
1	33	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		S	S			46,5	S		33	89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)
1	33	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		S	S			41,8	S		33	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia
1	33	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		S	S			93	S		33	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico
1	33	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		S	S			139,4	S		33	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -
1	33	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		S	S			27,9	S		33	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -
1	33	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		S	S			51,1	S		33	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE
1	33	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità. (comprende anche i tests somministrati)	S	S			30		S	33	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	33	93.01.A	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA		S	S			30		S	33	93.01.A	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA
1	33	93.01.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	Prestazione effettuata da medico + terapeuta in pazienti con esiti di lesione delle SNC e SNP con conseguente importante disabilità.	S	S			30		S	33	93.01.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA	Valutazione delle competenze neuropsicomotorie, utili alla programmazione e organizzazione dell'atto motorio. Valutazione delle prassi e dei disturbi psicomotori in esiti di prematuranza-immaturanza, nelle patologie disgenetiche e ad eziologia non definite	S	S			30		S	33	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA
1	33	93.03.2	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA	Ricerca-individuazione e valutazione di ortesi, protesi e ausili per l'autonomia in pazienti con patologia complessa del S.N.C. periferico.	S	S			30		S	33	93.03.2	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA
1	33	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica)- Valutazione lesioni degenerative del S.N.C.- Valutazione neuromuscolari (età evolutiva o adulta)- Valutazione lesioni S.N.P.- Valutazione lesioni complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare. - Valutazione distorsioni rachide - Valutazione lesioni da ustione - Valutazione disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche).	S	S			24		S	33	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	S	S			10,3	S		33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG
1	33	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	S	S			10,3	S		33	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG
1	33	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		S	S			10,3	S		33	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG
1	33	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Trattamento lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica)- trattamento lesioni degenerative del S.N.C. -trattamento lesioni neuro-muscolari (età evolutiva, adulta) trattamento lesioni S.N.P.- trattamento lesioni complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare -trattamento distorsioni rachide - trattamento lesioni da ustioni -trattamento disfunzioni Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche).Comprende stimolazioni strumentali e bendaggio funzionale. Comprende anche la terap	S	S	S	10	46		S	33	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	33	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Trattamento dei disturbi della deglutizione con o senza ausili - trattamento dei disturbi fonarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Seduta individuale di 45 minuti	S	S	S	10	33		S	33	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'
1	33	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Trattamento dell'afasia; Trattamento della sordità; Trattamento della dislessia; Trattamento della balbuzie; Trattamento della disartria con o senza ausili. Seduta individuale di 60 minuti	S	S	S	10	46		S	33	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'
1	33	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi comunicativi. Per una maggiore efficacia del trattamento la rieducazione deve attuarsi attraverso sedute collettive di 45 minuti, condotte da due operatori (terapista/psicologo).	S	S	S	10	7		S	33	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	33	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo, condotto da due operatori (terapista/psicologo).	S	S	S	10	7		S	33	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	33	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	Trattamento collettivo (max 3 pazienti) per attività per attività neuropsicomotorie in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	S	S	S	10	7		S	33	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	Trattamento abilitativo in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	S	S	S	10	22		S	33	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE
1	33	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE		S	S	S	10	22		S	33	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE
1	33	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)	Valutazione dei processi e delle strutture cognitive mediante osservazione e somministrazione di Test di Intelligenza e somministrazione di Test neuropsicologici per le specifiche funzioni.	S	S			30		S	33	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)
1	33	94.08.7	VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)	Osservazione libera, con materiale ludico. Colloquio. Somministrazione di test proiettivi mirati alla comprensione dell'assetto emotivo-relazionale del paziente. Durata 45'.	S	S			30		S	33	94.08.7	VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)
1	33	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA	1° colloquio psicologico con genitori per raccolta anamnesi ed inquadramento psicopatologico.	S	S			22,3		S	33	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA
1	33	94.09.2	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO		S	S			22,3		S	33	94.09.2	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO
1	33	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO	Tale codice va utilizzato anche per " colloqui psicologo-clinico cpon care -giver di p azienti adulti in carico"	S	S			22,3		S	33	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO
1	33	94.12.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria di controllo successiva alla diagnosi. Valutazione dell'efficacia terapeutica e degli esami strumentali.	S	S			12,9	S		33	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO - VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO
1	33	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	Tale codice va utilizzato anche per valutazione psicologico-clinica per intervento psicologico che richieda una valutazione della situazione clinica attuale del paziente, al fine di evidenziare la necessità o meno di intervento di diagnosi e/o cura	S	S			19,4	S		33	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO
1	33	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		S	S			19,4	S		33	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
1	33	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		S	S			23,2	S		33	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta
1	33	94.42.1	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)	Psicoterapia congiunta (genitori, genitori-bambino) mirata alla comprensione e cura della patologia relazionale precoce dei bambini. Per seduta.	S	S			26,8		S	33	94.42.1	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)
1	33	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Tale codice va utilizzato anche per attività condotta dagli psicologi nei confronti di "gruppi psico educazionali e/o di sostegno"	S	S			9,7	S		33	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante
1	34	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale		S	S			16,3	S		34	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale
1	34	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -		S	S			16,3	S		34	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -
1	34	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefarone		S	S			16,3	S		34	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefarone
1	34	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -		S	S			19	S		34	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -
1	34	08.21	Asportazione di calazio		S	S			32,8	S		34	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -
1	34	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma		S	S			32,8	S		34	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma
1	34	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		S	S			32,8	S		34	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
1	34	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		S	S			54,6	S		34	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
1	34	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi		S	S			40,9	S		34	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi
1	34	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -		S	S			49,1	S		34	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -		S	S			49,1	S		34	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -
1	34	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -		S	S			81,8	S		34	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -
1	34	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo		S	S			185,9	S		34	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo
1	34	08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia		S	S			49,1	S		34	08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia
1	34	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)		S	S			371,9	S		34	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)
1	34	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		S	S			40,9	S		34	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -
1	34	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		S	S			40,9	S		34	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -
1	34	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		S	S			40,9	S		34	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -
1	34	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		S	S			81,8	S		34	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -
1	34	08.91	Depilazione elettrochirurgica della palpebra		S	S			27,2	S		34	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -
1	34	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		S	S			27,2	S		34	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -
1	34	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -		S	S			16,3	S		34	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -
1	34	09.0	Incisione ghiandola o cisti lacrimale (con drenagg		S	S			40,9	S		34	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)
1	34	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -		S	S			79,5	S		34	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -
1	34	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -		S	S			57,3	S		34	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -
1	34	09.19	Test di schirmer		S	S			40,9	S		34	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale
1	34	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)		S	S			68,2	S		34	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)
1	34	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		S	S			16,3	S		34	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -
1	34	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		S	S			19,1	S		34	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)
1	34	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		S	S			68,2	S		34	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)
1	34	09.51	Incisione del punto lacrimale		S	S			40,9	S		34	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -
1	34	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		S	S			40,9	S		34	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -
1	34	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -		S	S			40,9	S		34	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -
1	34	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS		S	S			40,9	S		34	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS
1	34	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)		S	S			309,8	S		34	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)
1	34	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		S	S			68,2	S		34	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -
1	34	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -		S	S			247,9	S		34	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -
1	34	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -		S	S			22,3	S		34	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -
1	34	10.31	Asportazione di lesione o tessuto congiuntiva		S	S			32,8	S		34	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)
1	34	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)		S	S			32,8	S		34	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)
1	34	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA Rimozione di follicoli di tracoma		S	S			32,8	S		34	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma
1	34	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		S	S			109,1	S		34	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -
1	34	10.6	Riparazione di lacerazione della congiuntiva		S	S			54,6	S		34	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -
1	34	10.91	Iniezione sottocongiuntivale		S	S			11,4	S		34	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -
1	34	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		S	S			68,2	S		34	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -
1	34	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		S	S			109,1	S		34	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -
1	34	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -		S	S			68,2	S		34	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -		S	S			27,2	S		34	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -
1	34	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -		S	S			34,1	S		34	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -
1	34	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)		S	S			40		S	34	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)
1	34	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -		S	S			347	S		34	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -
1	34	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -		S	S			40,9	S		34	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -
1	34	11.99.1	Applicazione terapeutica di lente a contatto		S	S			19,1	S		34	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO -
1	34	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni	S	S			95,4	S		34	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)
1	34	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	S	S			95,4	S		34	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)
1	34	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni	S	S			619,8		S	34	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare
1	34	12.14	IRIDECTOMIA - Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) - Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)		S	S			109,1	S		34	12.14	IRIDECTOMIA - Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) - Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)
1	34	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -		S	S			136,3	S		34	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -
1	34	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser		S	S			109,1	S		34	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser
1	34	12.72	CICLOCRIOTERAPIA -		S	S			109,1	S		34	12.72	CICLOCRIOTERAPIA -
1	34	12.73	Ciclofotocoagulazione		S	S			109,1	S		34	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE -
1	34	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore		S	S			32,8	S		34	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore
1	34	13.64	Capsulotomia yag-laser per cataratta secondaria		S	S			95,4	S		34	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)
1	34	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		S	S			68,2	S		34	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA -
1	34	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	La prestazione è erogabile solo in pazienti con degenerazione maculare senile e da miopia patologica, le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale prevalentemente classica. Non può essere ripetuta più di quattro volte l'anno. La prestazione può essere effettuata solo negli ambulatori situati presso i centri individuati dalla regione Piemonte (R)	S	S			1500		S	34	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).
1	34	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -		S	S			68,2	S		34	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -
1	34	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -		S	S			68,2	S		34	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA -
1	34	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -		S	S			68,2	S		34	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -
1	34	14.34	Argon laser: barrage rottura periferica		S	S			68,2	S		34	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -
1	34	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO		S	S			70		S	34	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO
1	34	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -		S	S			32,8	S		34	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -		S	S			63,7	S		34	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -
1	34	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare		S	S			36,2	S		34	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare
1	34	897.37	VISITA OCULISTICA. Prima visita		S	S			20,7	S		34	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	34	93.02	Valutazione ortottica	In caso di ipovedente la visita comprende la ricerca approfondita dei disturbi neurovisivi con l'esame dell'oculomotricità, della percezione spaziale, la valutazione della sensibilità al contasto.	S	S			7,8	S		34	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA -
1	34	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		S	S			13,3	S		34	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali
1	34	95.02	Visita oculistica	visita oculistica comprendente esame visus, refrazione con eventuale prescrizione lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi .	S	S			20,7	S		34	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo
1	34	95.03.1	Studio della topografia corneale		S	S			58,1	S		34	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE -
1	34	95.03.3	Tomografia retinica (OCT)		S	S			53,5		S	34	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT)
1	34	9505.0	Campo visivo automatico/computerizzato		S	S			16,8	S		34	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica
1	34	9505.1	Campo visivo manuale		S	S			16,8	S		34	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO - Campimetria, perimetria statica/cinetica
1	34	95.05.A	MICROPERIMETRIA		S	S			40		S	34	95.05.A	MICROPERIMETRIA
1	34	95.06	Studio della sensibilità al colore		S	S			7,8	S		34	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica
1	34	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -		S	S			7,8	S		34	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -
1	34	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -		S	S			7,8	S		34	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -
1	34	95.09.1	Esame del fundus oculi		S	S			7,8	S		34	95.09.1	
1	34	95.09.2	ESOFALMOMETRIA -		S	S			7,8	S		34	95.09.2	ESOFALMOMETRIA -
1	34	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -		S	S			7,8	S		34	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -
1	34	95.09.4	HRT - Studio strumentale conformaz. papilla ottica		S	S			53,5		S	34	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)
1	34	9511.0	Fotografia fundus (retinografia) - occhio dx	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	S	S			3,9	S		34	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio
1	34	9511.1	Fotografia fundus (retinografia) - occhio sx	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	S	S			3,9	S		34	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS - Per occhio
1	34	95.11.1	Fotografia del segmento anteriore		S	S			3,9	S		34	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -
1	34	95.12	Fluorangiografia - angioscopia oculare	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	S	S			46,5	S		34	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -
1	34	95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria		S	S			19,4	S		34	95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria
1	34	95.13.1	Pachimetria corneale		S	S			38,7	S		34	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE -
1	34	95.13.2	Biomicroscopia corneale - conta cellule epiteliali		S	S			31	S		34	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali
1	34	95.15	Studio della motilità oculare		S	S			15,5	S		34	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -
1	34	95.2	Test funzionali obietivi dell'occhio - hess lanca		S	S			7,8	S		34	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)
1	34	95.21	Elettroretinografia (erg,flash-pattern)		S	S			33,6	S		34	95.21	ELETTRORETINOGRRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN) -
1	34	95.22	Elettrooculografia (eog)		S	S			33,6	S		34	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG) -
1	34	95.23.1	INTERFEROMETRIA -		S	S			7,8	S		34	95.23.1	INTERFEROMETRIA -
1	34	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -		S	S			31	S		34	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -
1	34	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -		S	S			7,8	S		34	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -
1	34	95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	Codice da utilizzare anche per singola seduta di riabilitazione neurovisiva, da intendersi quale riabilitazione visuo-spaziale, riorganizzazione dei movimenti oculari fini, rieducazione per le agnosie visive in età evolutiva e adulta. Ogni ciclo di esercizi prevede al massimo 10 sedute; le sedute sono giornaliere, per un periodo di almeno due settimane e della durata di circa un ora ciascuna	S	S			5,4	S		34	95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta
1	34	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		S	S			3,9	S		34	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	34	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		34	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -
DGR 84	34	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATOI E I CONTROLLI POSTOPERATORI		S	S			900		S	34	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATOI E I CONTROLLI POSTOPERATORI
DGR 84	34	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)		S	S			480		S	34	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)
DGR 84	34	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (SENZA IL FARMACO)		S	S			385		S	34	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (SENZA IL FARMACO)
DGR 54	34	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)(Visita anestesiológica ed anestesia, esami primo intervento, medicazioni , rimozione punti, visita)		S	S			800		S	34	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6)(Visita anestesiológica ed anestesia, esami primo intervento, medicazioni , rimozione punti, visita)
DGR 54	34	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita)		S	S			800		S	34	08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE escluso: RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA (08.44) RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO (08.6) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita)
DGR 54	34	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1100		S	34	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRAATTIVO (in occhio fatico) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	34	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			800		S	34	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	34	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, visita di controllo)		S	S			900		S	34	13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, visita di controllo)
1	35	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale		S	S			34,7	S		35	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale
1	35	23.01	Estrazione di dente deciduo		S	S			11,6	S		35	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia
1	35	23.09	Estrazione di dente permanente		S	S			16,3	S		35	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia
1	35	23.11	Estrazione di radice residua		S	S			16,3	S		35	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia
1	35	23.19	Estrazione di dente o radice inclusi		S	S			30,2	S		35	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, - estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiostale - Incluso: Anestesia
1	35	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		S	S			18,6	S		35	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa
1	35	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		S	S			34,9	S		35	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa
1	35	23.3	Ricostruzione di dente mediante intarsio		S	S			34,9	S		35	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO - Ricostruzione di dente fratturato
1	35	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			31,4	S		35	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina
1	35	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina - o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			31,4	S		35	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina - o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa
1	35	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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			38,7	S		35	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



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	35	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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			44,2	S		35	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
1	35	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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			44,2	S		35	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
1	35	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 endossei - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			69,7	S		35	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 endossei - (Per elemento)
1	35	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			129,1	S		35	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)
1	35	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale - [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] - (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			81,3	S		35	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale - [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] - (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione
1	35	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			16,3	S		35	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa - (Per elemento)
1	35	23.49.1	Molaggio selettivo denti		S	S			16,3	S		35	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA - Molaggio selettivo dei denti - (Per seduta)
1	35	23.5	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi		S	S			11,6	S		35	23.5	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi
1	35	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endosoeseo	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			81,3	S		35	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endosoeseo
1	35	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		S	S			34,9	S		35	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)
1	35	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		S	S			53,5	S		35	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)
1	35	23.73	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda		S	S			44,2	S		35	23.73	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda
1	35	24.00.1	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato		S	S			27,9	S		35	24.00.1	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato
1	35	24.11	Biopsia gengiva		S	S			19,5	S		35	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA -
1	35	24.12	Biopsia alveolo		S	S			19,5	S		35	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO -
1	35	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)		S	S			58,1	S		35	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)
1	35	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi - Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)		S	S			27,9	S		35	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi - Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)
1	35	24.39.1	Levigatura delle radici		S	S			23,2	S		35	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto - (Per sestante)
1	35	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)		S	S			20,9	S		35	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)
1	35	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena		S	S			53	S		35	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena
1	35	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			116,2	S		35	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno)
1	35	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			116,2	S		35	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)
1	35	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			116,2	S		35	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICI FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)
1	35	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			26,8	S		35	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -
1	35	25.01	Biopsia lingua		S	S			27,3	S		35	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	35	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)		S	S			17,6	S		35	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)
1	35	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)		S	S			17,6	S		35	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)
1	35	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare		S	S			23,4	S		35	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare
1	35	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -		S	S			20,6	S		35	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -
1	35	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -		S	S			17,6	S		35	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -
1	35	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -		S	S			19,5	S		35	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -
1	35	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -		S	S			19,5	S		35	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -
1	35	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -		S	S			19,5	S		35	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -
1	35	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)		S	S			17,6	S		35	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)
1	35	27.49.1	Asportazione lesione cavo orale		S	S			23,4	S		35	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA - Asportazione neoformazioni del cavo orale
1	35	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -		S	S			23,4	S		35	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -
1	35	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA -		S	S			23,4	S		35	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA -
1	35	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)		S	S			17,6	S		35	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)
1	35	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia		S	S			26	S		35	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia
1	35	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare		S	S			117,7	S		35	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare
1	35	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti		S	S			23,4	S		35	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti
1	35	96.54.1	Ablazione tartaro		S	S			9,7	S		35	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO -
1	35	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -		S	S			3,9	S		35	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -
1	35	96.54.3	Cura stomatite/alveolite - per seduta		S	S			5,8	S		35	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta
1	35	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico		S	S			6,5	S		35	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico
1	35	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -		S	S			8,4	S		35	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -
1	35	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -		S	S			13,4	S		35	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -
1	35	99.97.2	Trattamenti per applicaz. protesi rimozione/riceme	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	S	S			13,4	S		35	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, - riparazione di protesi fratturate, ricementazione di corona o ponte
1	36	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)		S	S			61,3	S		36	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)
1	36	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		S	S			27,9	S		36	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -
1	36	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		S	S			27,9	S		36	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -
1	36	78.7	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale		S	S			23,4	S		36	78.7	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale
1	36	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -		S	S			62	S		36	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -
1	36	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		S	S			62	S		36	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -
1	36	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS		S	S			62	S		36	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS
1	36	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS		S	S			62	S		36	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS
1	36	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		S	S			49,6	S		36	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -
1	36	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS		S	S			62	S		36	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS
1	36	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -		S	S			62	S		36	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -
1	36	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -		S	S			43,4	S		36	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	36	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA -		S	S			43,4	S		36	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA -
1	36	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -		S	S			43,4	S		36	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -
1	36	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -		S	S			43,4	S		36	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -
1	36	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -		S	S			43,4	S		36	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -
1	36	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa		S	S			58,5	S		36	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa
1	36	81.91	Artrocentesi - aspirazione articolare		S	S			33,5	S		36	81.91	ARTROCENTESI - Aspirazione articolare - Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), - artrografia (88.32)
1	36	83.02	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea		S	S			23,4	S		36	83.02	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea
1	36	83.03	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa		S	S			33,5	S		36	83.03	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa
1	36	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito		S	S			7,2	S		36	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito
1	36	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla		S	S			11,4	S		36	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla
1	36	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)		S	S			31	S		36	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)
1	36	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo		S	S			31	S		36	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo
1	36	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato		S	S			31	S		36	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato
1	36	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano - Gamba e piede		S	S			7,8	S		36	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio mano - Gamba e piede
1	36	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -		S	S			13,6	S		36	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -
1	36	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -		S	S			25,2	S		36	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -
1	36	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: Omero-MANO, STIVALE -		S	S			18,9	S		36	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: Omero-MANO, STIVALE -
1	36	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -		S	S			12,6	S		36	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -
1	36	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -		S	S			22,7	S		36	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -
1	36	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -		S	S			11,6	S		36	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -
1	36	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer		S	S			5,8	S		36	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer
1	36	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		S	S			3,9	S		36	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -
1	36	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -		S	S			25,2	S		36	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -
1	36	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -		S	S			21,3	S		36	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -
1	36	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO		S	S			7,8	S		36	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
1	36	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -		S	S			13,6	S		36	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -
1	36	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ -		S	S			21,3	S		36	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ -
1	36	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar		S	S			17,5	S		36	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar
1	36	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati		S	S			9,7	S		36	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati
1	36	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca		S	S			9,7	S		36	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca
1	36	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -		S	S			7,8	S		36	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -
DGR 84	36	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)		S	S			620		S	36	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)
DGR 54	36	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1500		S	36	04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	36	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1500		S	36	77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 54	36	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)		S	S			1200		S	36	80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
1	37	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		S	S			105,4	S		37	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) e Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli)	S	S			400		S	37	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) e Comprensiva di valutazione oocitaria
1	37	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		S	S			50,5	S		37	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)
1	37	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		S	S			26	S		37	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)
1	37	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		S	S			34,7	S		37	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice
1	37	67.19.1	Biopsia della portio bms		S	S			38,2	S		37	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI
1	37	67.32	Cauterizz. collo uterino - elettrocoagulaz. cervic		S	S			44,6	S		37	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettrocoagulazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio
1	37	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		S	S			44,6	S		37	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi
1	37	68.12.1	Isteroscopia (diagnostica)		S	S			30,4	S		37	68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale
1	37	68.16.1	Biopsia del corpo uterino		S	S			41,7	S		37	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale
1	37	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		S	S			55,8	S		37	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
1	37	69.7	Inserzione iud (dispositivo contraccettivo intraut		S	S			12,9	S		37	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -
1	37	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	S	S			93	S		37	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)
1	37	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		S	S			15,5	S		37	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -
1	37	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	S	S			25		S	37	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione
1	37	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovar	S	S			600		S	37	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)
1	37	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			100		S	37	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biptico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			200		S	37	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biptico di tessuto testicolare)
1	37	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7 12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tes	S	S			200		S	37	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)
1	37	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			100		S	37	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI
1	37	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			200		S	37	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO
1	37	70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		S	S			29,8	S		37	70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo
1	37	70.21	Colposcopia		S	S			10,7	S		37	70.21	COLPOSCOPIA
1	37	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		S	S			27,7	S		37	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa
1	37	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		S	S			34,7	S		37	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -
1	37	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		S	S			35,8	S		37	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -
1	37	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		S	S			27,7	S		37	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -
1	37	71.22	INCISIONE DI ASCESSE DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		S	S			29,8	S		37	71.22	INCISIONE DI ASCESSE DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -
1	37	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		S	S			23,8	S		37	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -
1	37	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		S	S			35,8	S		37	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici
1	37	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		S	S			122,9	S		37	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -
1	37	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		S	S			108,5	S		37	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -
1	37	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		S	S			86,8	S		37	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -
1	37	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -		S	S			122,9	S		37	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -
1	37	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		S	S			16,4	S		37	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT
1	37	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico		S	S			37,2	S		37	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico
1	37	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		S	S			41,3	S		37	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -
1	37	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		S	S			31	S		37	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -
1	37	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		S	S			31	S		37	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -
1	37	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza per ricerca malformazioni fetali.	S	S			34,1		S	37	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale
1	37	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	Da operatori certificati	S	S			31		S	37	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE
1	37	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione periodica in gravidanza, secondo il calendario previsto dalla Regione. Eseguita da ostetrica o ginecologo.	S	S			20		S	37	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)
1	37	8926.0	Visita ostetrico- ginecologica Prima visita		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
1	37	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pediatrica	S	S			15		S	37	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	Ciclo di 7 incontri coordinato dall' ostetrica.	S	S			122,6	S		37	93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo
1	37	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione specifica.	S	S			141		S	37	93.37.1	TRAINING POSTNATALE
1	37	96.17	Inserzione di diaframma vaginale		S	S			9,7	S		37	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -
1	37	96.18	Inserzione di altro pessario vaginale		S	S			9,7	S		37	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -
1	37	97.71	Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauteri	Tale codice può essere utilizzato anche in caso di inserimento dispositivo contraccettivo intradermico sottocutaneo	S	S			9,7	S		37	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO o INTRADERMICO sottocutaneo di progestinico
1	37	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		S	S			23,5	S		37	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)
1	37	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		S	S			10,1	S		37	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -
1	37	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		37	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -
1	37	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta		S	S			14,8		S	37	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta
DGR 54	37	69.10	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO PER VIA ENDOSCOPICA CON ELETTRODI BIPOLARI		S	S			815		S	37	69.10	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'UTERO PER VIA ENDOSCOPICA CON ELETTRODI BIPOLARI
1	38	18.02	Incisione canale uditivo esterno/padiglione aurico		S	S			13,7	S		38	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)
1	38	18.12	Biopsia dell'orecchio esterno		S	S			17,9	S		38	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO -
1	38	18.29	Asportaz. o demoliz. altra lesione orecchio estern		S	S			17	S		38	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - Cauterizzazione Coagulazione Crio-chirurgia Curettaggio Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti.- Escluso: Biopsia dell'orecchio estern
1	38	20.0	MIRINGOTOMIA -		S	S			23,9	S		38	20.0	MIRINGOTOMIA -
1	38	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA -		S	S			54,2	S		38	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA -
1	38	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -		S	S			30,4	S		38	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -
1	38	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -		S	S			9	S		38	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -
1	38	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido bórico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione		S	S			15,2	S		38	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido bórico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione
1	38	21.01	Controllo epistassi mediante tamponam. nasale ant.		S	S			15,2	S		38	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE -
1	38	21.02	Controllo epistassi mediante tampon. nasale post.		S	S			27,8	S		38	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) -
1	38	21.03	Controllo epistassi mediante cauterizz. varici set		S	S			19,6	S		38	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa)
1	38	21.22	BIOPSIA DEL NASO -		S	S			30,4	S		38	21.22	BIOPSIA DEL NASO -
1	38	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -		S	S			26	S		38	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -
1	38	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione		S	S			26	S		38	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione
1	38	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale		S	S			26	S		38	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale
1	38	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica		S	S			26	S		38	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica
1	38	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -		S	S			11,8	S		38	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -
1	38	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -		S	S			23,4	S		38	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -
1	38	29.12	BIOPSIA FARINGEA -		S	S			27,3	S		38	29.12	BIOPSIA FARINGEA -
1	38	31.42	Laringoscopia e altra tracheosc. - fibre ottiche		S	S			27,1	S		38	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche
1	38	31.42.1	Laringoscopia indiretta (con anestesia locale)		S	S			7	S		38	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRETTA - Incluso: Anestesia
1	38	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA -		S	S			20,9	S		38	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	38	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia		S	S			34,2	S		38	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia
1	38	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -		S	S			12,9	S		38	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -
1	38	31.48.2	ESAME FONETOGRAMMICO -		S	S			22,7	S		38	31.48.2	ESAME FONETOGRAMMICO -
1	38	89.11	TONOMETRIA -		S	S			13,9	S		38	89.11	TONOMETRIA -
1	38	89.39.4	GUSTOMETRIA -		S	S			9,3	S		38	89.39.4	GUSTOMETRIA -
1	38	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA -		S	S			7,4	S		38	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA -
1	38	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		S	S			8,7	S		38	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)
1	38	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		S	S			1,6	S		38	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)
1	38	95.24.1	Esame vestibolare con ENG spontaneo o posizionale		S	S			18,2	S		38	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE -
1	38	95.24.2	Esame vestibolare con ENG provocato		S	S			26	S		38	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO -
1	38	95.41.1	Esame audiometrico tonale		S	S			9,8	S		38	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE -
1	38	95.41.2	Esame audiometrico vocale		S	S			9,8	S		38	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE -
1	38	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA -		S	S			20,7	S		38	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA -
1	38	95.41.4	Esame audiometrico condizionato infantile		S	S			11,9	S		38	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE -
1	38	95.42	Impedenzometria (esame impedenzometrico)		S	S			8,7	S		38	95.42	IMPEDENZOMETRIA -
1	38	95.43	Valutazione audiologica		S	S			25,3	S		38	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA - Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi - feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber
1	38	95.44.1	Test clinico funz. vestibolare (stimolaz. termica)		S	S			16,3	S		38	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche
1	38	95.44.2	Esame clinico funzionalità vestibolare		S	S			16,3	S		38	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei
1	38	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico		S	S			32,5	S		38	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico
1	38	95.46	Prove audiometriche sopraliminari		S	S			16,3	S		38	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari
1	38	95.47	Acufenometria		S	S			12,9	S		38	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS -
1	38	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		S	S			11,9	S		38	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
1	38	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO -		S	S			9,8	S		38	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO -
1	38	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU -		S	S			12,3	S		38	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU -
1	38	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO -		S	S			23,7	S		38	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO -
1	38	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -		S	S			19,5	S		38	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -
1	38	9652.0	Irrigazione dell'orecchio dx - rimozione di cerume		S	S			7,8	S		38	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume
1	38	9652.1	Irrigazione dell'orecchio sx - rimozione di cerume		S	S			7,8	S		38	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume
1	38	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -		S	S			8,4	S		38	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -
1	38	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -		S	S			8,4	S		38	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -
1	38	98.13	Rimoz. corpo estraneo intraluminale faringe		S	S			15,1	S		38	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -
1	38	98.14	Rimozione corpo estraneo in laringoscopia indiretta		S	S			15,1	S		38	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso laringoscopia
1	40	8901.42	Visita psichiatrica di controllo		S	S			12,9	S		40	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	40	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -	Per ogni sub test completo	S	S			9,7	S		40	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -
1	40	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		S	S			15,5	S		40	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -
1	40	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		S	S			5,8	S		40	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine
1	40	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		S	S			5,8	S		40	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -
1	40	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		S	S			5,8	S		40	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	40	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		S	S			5,8	S		40	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -
1	40	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -	Per ogni sub test completo	S	S			7,8	S		40	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -
1	40	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -		S	S			5,8	S		40	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -
1	40	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -		S	S			5,8	S		40	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -
1	40	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		40	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
1	40	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO		S	S			19,4	S		40	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO
1	40	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		S	S			19,4	S		40	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE
1	40	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		S	S			23,2	S		40	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta
1	40	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Tale codice è da utilizzarsi anche per attività condotta dagli psicologi nei confronti di "gruppo psicoeducazionale e/o di sostegno"	S	S			9,7	S		40	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante
1	43	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale		S	S			74,4	S		43	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale
1	43	56.31	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile		S	S			101,8	S		43	56.31	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile
1	43	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, - Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico		S	S			32,8	S		43	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, - Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico
1	43	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata		S	S			63,7	S		43	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata
1	43	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -		S	S			79,5	S		43	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -
1	43	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -		S	S			79,5	S		43	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -
1	43	57.39.2	Esame urodinamico invasivo		S	S			56,8	S		43	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO -
1	43	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale		S	S			68,2	S		43	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale
1	43	58.22	URETOSCOPIA -		S	S			38,2	S		43	58.22	URETOSCOPIA -
1	43	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -		S	S			54	S		43	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -
1	43	58.31	Asportaz. elettrocoagulaz. lesione o tessuto uretr		S	S			46,3	S		43	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale
1	43	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE -		S	S			105,4	S		43	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE -
1	43	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi		S	S			46,3	S		43	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi
1	43	58.60.1	Dilatazione uretrale		S	S			34,1	S		43	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra - (Seduta unica)
1	43	58.60.2	Dilatazioni uretrali progressive (per seduta)		S	S			10,2	S		43	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta)
1	43	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -		S	S			46,3	S		43	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -
1	43	59.8	CATERIZZAZIONE 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)		S	S			27,2	S		43	59.8	CATERIZZAZIONE 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)
1	43	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico		S	S			32,8	S		43	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico
1	43	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale		S	S			38,2	S		43	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale
1	43	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata		S	S			67,6	S		43	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata
1	43	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -		S	S			86,8	S		43	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -
1	43	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)		S	S			38,2	S		43	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)
1	43	61.0	Incisione per drenaggio scroto-tunica vaginale		S	S			20,9	S		43	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE - Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)
1	43	61.91	Puntura evacuativa idrocele tunica vaginale		S	S			20,9	S		43	61.91	PUNTURE EVACUATIVE DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	43	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -		S	S			38,2	S		43	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -
1	43	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	S	S			100		S	43	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)
1	43	63.52	Derotazione funicolo/testicolo(manuale)		S	S			17,9	S		43	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO - Manuale - Escluso: quella associata ad orchidopessi
1	43	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -		S	S			105,4	S		43	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -
1	43	64.01	CIRCONCISIONE		S	S			80		S	43	64.01	CIRCONCISIONE
1	43	64.11	BIOPSIA DEL PENE -		S	S			27,7	S		43	64.11	BIOPSIA DEL PENE -
1	43	64.19.1	BALANOSCOPIA -		S	S			6,2	S		43	64.19.1	BALANOSCOPIA -
1	43	64.92.1	Frenulotomia plastiche di allungamento del frenulo		S	S			22,3	S		43	64.92.1	FRENULOTOMIA -
1	43	64.93	Liberazione di sinechie peniene		S	S			23,8	S		43	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE -
1	43	89.22	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria		S	S			55,8	S		43	89.22	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria
1	43	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE -		S	S			23,2	S		43	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE -
1	43	89.24	Uroflussometria		S	S			11,6	S		43	89.24	UROFLUSSOMETRIA -
1	43	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE -		S	S			11,6	S		43	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE -
1	43	93084.0	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		S	S			13,4	S		43	93084.0	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)
1	43	93084.1	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		S	S			13,4	S		43	93084.1	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)
1	43	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Incluso: Uretroscopia		S	S			35,8	S		43	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Incluso: Uretroscopia
1	43	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -		S	S			7,8	S		43	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -
1	43	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -		S	S			6,5	S		43	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -
1	43	99.29.4	Infiltrazione medicamentosa del pene		S	S			6,5	S		43	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE -
1	43	99.29.5	Iniezione endocavernosa farmaci		S	S			7,8	S		43	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI -
1	43	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -		S	S			7,8	S		43	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -
1	43	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO -		S	S			5,8	S		43	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO -
1	43	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -		S	S			5,8	S		43	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -
DGR 54	43	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Prima seduta. Incluso : visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2		S	S			750		S	43	98.51.1	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Prima seduta. Incluso : visita anestesiológica, anestesia, esami ematochimici, cistoscopia, ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.2
DGR 54	43	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Per seduta SUCCESSIVA ALLA PRIMA. Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1		S	S			550		S	43	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE Per seduta SUCCESSIVA ALLA PRIMA. Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo. Non associabile a 98.51.1
DGR 54	43	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo		S	S			550		S	43	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. Per seduta Incluso : ecografia dell'addome inferiore, visita urologica di controllo
1	52	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -		S	S			7,8	S		52	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -
1	52	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)		S	S			35,8	S		52	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)
1	52	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		S	S			35,8	S		52	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -
1	52	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		S	S			23,8	S		52	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -
1	52	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		S	S			35,8	S		52	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici
1	52	86.19.1	ELASTOMETRIA -		S	S			4,3	S		52	86.19.1	ELASTOMETRIA -
1	52	86.19.2	SEBOMETRIA -		S	S			4,3	S		52	86.19.2	SEBOMETRIA -
1	52	86.19.3	CORNEOMETRIA -		S	S			5,7	S		52	86.19.3	CORNEOMETRIA -
1	52	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -		S	S			7,2	S		52	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -
1	52	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		S	S			8,6	S		52	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	52	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		S	S			20,4	S		52	86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	52	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)		S	S			15,4	S		52	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)
1	52	86.30.2	Crioterapia con neve carbonica o protossido d'azoto		S	S			15,4	S		52	86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO - (Per seduta)
1	52	86.30.3	Diatermocoagulazione di lesione o tessuto cutaneo e sottocutaneo		S	S			15,4	S		52	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)
1	52	8901.21	Visita dermatologica di controllo		S	S			12,9	S		52	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	52	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA		S	S			7	S		52	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA -
1	52	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -		S	S			7	S		52	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -
1	52	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -		S	S			18,6	S		52	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -
1	52	897.19	Visita dermatologica prima visita		S	S			20,7	S		52	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	52	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa ed adeguata pressione e relativa lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30"	S	S			6	S		52	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE
1	52	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -		S	S			5,6	S		52	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -
1	52	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -		S	S			4,7	S		52	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -
1	52	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute		S	S			8,8	S		52	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute
DGR 84	52	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		S	S			36,59		S	52	86.30.0	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO
2	56	93.01.7	COUNSELLING	Incontro formalizzato e documentato per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità' (disabilità 2 e 3).					57		S	56	93.01.7	COUNSELLING
2	56	93.01.8	COUNSELLING	Incontro formalizzato e documentato per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità'					23		S	56	93.01.8	COUNSELLING
2	56	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO	Incontro formalizzato e documentato per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità'					23		S	56	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO
2	56	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale						4,4	S		56	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale
1	56	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		S	S			48,8	S		56	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	56	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	89153.1	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto inferiore Incluso: EEG		S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		S	S			34,9	S		56	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG
1	56	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -	Solo per pazienti cardio-respiratori ad inizio e fine trattamento, deve essere documentato da apposita scheda	S	S			55,8	S		56	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -
1	56	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		S	S			9,3	S		56	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	56	8971.0	Visita fisiatrica Prima visita e VALUTAZIONE CLINICA e	Tale prestazione, qualora effettuata, integra la visita necessariamente ed esclusivamente nei casi di maggiore disabilità (disabilità 2 e 3) conseguenti a eventi patologici quali indicati nella tabella allegata alla nota protocollo n° 18370/DB2000 del 30/07/2013 La documentazione giustificativa di tale prestazione è rappresentata da un "referto" congiunto a quello della visita. E' evidente che, per le caratteristiche della prestazione, la stessa non è oggetto di prescrizione preventiva e non origina quota di compartecipazione alla spesa	S	S			48,7		S	56	89.7.1	VALUTAZIONE CLINICA
1	56	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	S	S			30		S	56	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.01.6	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	S	S			21		S	56	93.01.6	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.03	Valutazione protesica	Tale prestazioni è utilizzata esclusivamente dalle strutture pubbliche. E' una prestazione che esita sempre nel modulo di prescrizione e integra la visita o la visita di controllo	S	S			7,8	S		56	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA
1	56	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: -degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche; traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare; Valutazione lesioni neurologiche periferiche mononeuropatiche. (disabilità 4 e 5); Qualora effettuata può essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			15		S	56	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica); degenerative del S.N.C.; neuromuscolari (età evolutiva o adulta); S.N.P.; complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare; cardio-respiratorio; dismorfismi rachide; lesioni da ustione; disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche). (Disabilità 2 e 3). Qualora effettuata può essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			24		S	56	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI con pedana stabilometrica	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime e deve essere oggetto di referto.	x	S			30		S	56	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI con pedana stabilometrica
1	56	93.05.7	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica o analisi del cammino	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime e deve essere oggetto di referto.	x	S			50		S	56	93.05.7	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica o analisi del cammino
1	56	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione su disabilità 4 e 5, anche strumentale, dei disturbi fonico-articolatori funzionali o organici periferici e deglutizione atipica (comprende anche i tests somministrati). Qualora effettuata può essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			20		S	56	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	56	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione o testificazione, anche strumentale, dell'afasia, della sordità, della dislessia, della balbuzie, della disartria e dei disturbi della deglutizione ( comprende anche i tests somministrati ). (Disabilità 2 e 3 ). Qualora effettuata puo' essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento.	S	S			30		S	56	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG	Per singolo riflesso	S	S			10,3	S		56	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG
1	56	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Includo: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	S	S			10,3	S		56	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Includo: EMG
1	56	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 30 min. Trattamento disabilità secondarie a lesioni degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche, traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare.	S	S	S	10	22,5		S	56	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'
1	56	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento disabilità secondarie a lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica), neuro-muscolari (età evolutiva, adulta), S.N.P. (polineuropatiche), complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare; distorsioni rachide, ustioni, Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche), cardio-respiratorie, oncologiche.	S	S	S	10	46		S	56	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	56	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI	Rieducazione con attrezzature sofisticate (isocinetica, pedana stabilometrica, realtà virtuale con pedane di forza, sistemi antigravitari evoluti, robotica arti superiori ed inferiori, tutte fornite di software che possa referare la seduta e documentare i relativi miglioramenti, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc). Prestazione da aggiungersi a A93.11.7 in Disabilità 2 e Disabilità 3, oppure a A93.11.6 in Disabilità 4 e 5, qualora effettuata a completamento delle medesime. Per seduta	x	S	S	10	22,5		S	56	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI
1	56	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo disabilità secondarie a disturbi motori -sensitivi o cardio-respiratori.	S	S			7		S	56	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.	Trattamento medio di 10 min. per distretto	S	S	S	10	2,1	S		56	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.
1	56	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento con specifica tipologia di tens (a bassa frequenza - max 10 hertz) del singolo distretto, per la durata di 20 minuti .	S	S	S	10	3,1	S		56	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)
1	56	93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta	Elettromagnetoterapia Per seduta di 30 min. per distretto	S	S	S	10	1,3	S		56	93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta
1	56	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta	Trattamento medio di 10 minuti per distretto	S	S	S	10	1,3	S		56	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta
1	56	93.40	ELETTROTHERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta	Elettroterapia di stimolazione muscolare neofaradica/esponenziale/rettangolare/Kotz. Seduta media di 20 min. per distretto	S	S	S	10	3		S	56	93.40	ELETTROTHERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta
1	56	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	Ad esempio Kinesiotaping. Indipendentemente dal numero dei distretti trattati.	S	S			7,8	S		56	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	56	93568.0	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE e BENDAGGIO FUNZIONALE	Da utilizzarsi solo in caso di trattamento di linfedemi; tale prestazione integra e ne sostituisce la prestazione codice 93.39.3 nel caso venga eseguito anche il Bendaggio funzionale	x	S			57,5		S	56	93.56.8	BENDAGGIO FUNZIONALE
1	56	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi fonarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Trattamento disabilità secondarie a deglutizione atipica.	S	S	S	10	33		S	56	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'
1	56	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento disabilità secondarie ad afasia, sordità, dislessia, balbuzie, disfagia, disartria con o senza ausili, disturbi della deglutizione con o senza ausili - Seduta individuale di 60 minuti	S	S	S	10	46		S	56	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'
1	56	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi comunicativi e dell'alimentazione.	S	S	S	10	7		S	56	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 2 e 3. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo.	S	S	S	10	7		S	56	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale, in pazienti con grave disabilità comunicativa.	S	S	S	10	46		S	56	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO
1	56	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale, in pazienti con grave disabilità conseguente al disturbo motorio-sensitivo.	S	S	S	10	46		S	56	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO
1	56	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	S	S	S	10	6,7	S		56	99.29.7	MESOTERAPIA -
1	56	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	Trattamento medio di 15 min. per distretto	S	S	S	8	3,1	S		56	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta
1	56	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE	Per seduta di 30 min. ciascuna. Pazienti con scollamento cicatrici post-chirurgiche. Trattamento linfedemi primari e secondari. In quest'ultima situazione, in caso di linfedemi di particolare gravità la seduta è di 60 min. (corrisponde quindi a due prestazioni)	S	S			22,5		S	56	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE
2	58	45.17	POSIZIONAMENTO DI STOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	Esclusa la manovra endoscopica					738,55		S	58	45.17	POSIZIONAMENTO DI STOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)
1	58	42.24	Biopsia [endoscopica] dell' esofago	Tale codice è da utilizzarsi per la biopsia di tessuto dell'esofago, stomaco, duodeno, indipendentemente dal numero dei prelievi effettuati e degli organi interessati	S	S			64,4	S		58	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione
1	58	42.29.2	pH metria esofagea (24 ore)		S	S			81,6	S		58	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE) -
1	58	42331.0	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] e Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica - mediante argon plasma	Tale prestazione, qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.13		S			141,8	S		58	42.33.1	Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica - mediante argon plasma
1	58	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - mediante argon plasma		S	S			115,9	S		58	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - mediante argon plasma
1	58	43411.0	AESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] e Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica e compresa polipectomia.	Tale prestazione, qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.13. Tale codice va utilizzato anche per il duodeno		S			139,9	S		58	43.41.1	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica e compresa polipectomia.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	58	43.41.2	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica ̀ Mediante Argon Plasma		S	S			93	S		58	43.41.2	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica ̀ Mediante Argon Plasma
1	58	44.19.2	Breath test per helicobacter pylori		S	S			13,9	S		58	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) -
1	58	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]		S	S			81,3	S		58	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
1	58	45.13.1	Endoscopia con microcamera	Il nuovo metodo diagnostico "Given Imaging Video Capsule System M2A" con microcamera endoscopica, permette di osservare, valutare tutta la superficie del piccolo intestino dal duodeno sino all'ileo-terminale. Esso pu0 essere utilizzato in tutte le patologie in cui si presuppone il coinvolgimento del piccolo intestino, dalle emorragie occulte alle sindromi polipose, precancerosi, celiachia, AIDS, neoplasie, malattia Crohn, linfoma	S	S			1100		S	58	45.13.1	ENDOSCOPIA CON MICROCAMERA
1	58	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso		S	S			86,8	S		58	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso
1	58	45.23.1	Colonscopia - ileoscopia retrograda (enteroscopia)		S	S			144,6	S		58	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA -
1	58	45.24	Rettosigmoidoscopia (sigmoidosc. endoscopio fless.		S	S			52,1	S		58	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
1	58	4325.0	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE e successiva Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione -Sono Escluse :Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso e Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	Tale prestazione , qualora effettuata, 0 integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24		S			209	S		58	45.25	Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
1	58	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -		S	S			74,9	S		58	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -
1	58	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -		S	S			41,8	S		58	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -
1	58	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO -		S	S			27,9	S		58	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO -
1	58	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON -		S	S			167,3	S		58	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON -
1	58	4542.0	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE e successiva Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o pi0 polipi con approccio endoscopico. Escluso:Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale,Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24),Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23),Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso e Polipectomia con approccio addominal.	Tale prestazione 0 sempre effettuata ad integrazione e sostituzione della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24	S	S			203	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o pi0 polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale
1	58	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO 'CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser 'Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)		S	S			124	S		58	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO 'CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser 'Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)
1	58	48.23	Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido		S	S			35,1	S		58	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)
1	58	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia		S	S			58,5	S		58	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia
1	58	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE -		S	S			58,4	S		58	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE -
1	58	49.21	ANOSCOPIA -		S	S			22,7	S		58	49.21	ANOSCOPIA -
1	58	88741.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		S	S			43,9	S		58	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	58	88756.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO con m.d.c.		S	S			152,4	S		58	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	58	8901.23	Visita gastroenterologica di controllo		S	S			12,9	S		58	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	58	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA -		S	S			67,1	S		58	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA -
1	58	89.32.1	Manometria ad alta risoluzione		S	S			93	S		58	89.32.1	Manometria ad alta risoluzione
1	58	897.21	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita gastroenterologica		S	S			20,7	S		58	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	58	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		S	S			31,3	S		58	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia
1	58	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		S	S			62	S		58	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia
1	58	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		S	S			29,4	S		58	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia
1	58	4325.1	RETOSIGMODOSCOPIA (sigmoidosc. endoscopio fless. ) e successiva Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale. - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24		S			266,8	S		58	45.25	Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
1	58	4325.2	Rettosigmoidoscopia (sigmoidosc. endoscopio fless. Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	Tale prestazione , qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24		S			174,3	S		58	45.25	Biopsia [endoscopica] di retto, colon, ileo-distale.- Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)
1	58	4542.1	Colonscopia - ileoscopia retrograda (enteroscopia) e successiva Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale	Tale prestazione è sempre effettuata ad integrazione e sostituzione della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24	S	S			260,8	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale
1	58	4542.2	RETTOSIGMOIDOSCOPIA (sigmoidosc. endoscopio fless. Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale	Tale prestazione è sempre effettuata ad integrazione e sostituzione della prestazione codice 45.23 o 45.23.1 o 45.24	S	S			168,3	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale
1	58	88741.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE com m.d.c Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo . Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		N	S			135,9	S		58	88.74.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	58	88756.0	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO		N	S			60,4	S		58	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	61	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		61	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	61	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		S	S			21,2	S		61	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia
1	61	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		S	S			43,4	S		61	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body
1	61	897.38	VISITA MEDICINA NUCLEARE. Prima visita		S	S			20,7	S		61	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	61	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	Generalmente I-131 ioduro di sodio per os. Almeno due misurazioni. In campo pediatrico utilizzare I-123	S	S			45	S		61	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA
1	61	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	Qualora siano eseguite prove/test farmacologici è obbligatorio eseguire preliminarmente uno studio basale completo.	S	S			46,1	S		61	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE
1	61	92.01.3	Scintigrafia tiroidea	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera . Obbligatoro reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i).	S	S			33,4	S		61	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA
1	61	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	Si intende la scintigrafia tiroidea eseguita con indicatori quali Tl201, Ga67, Sestamibi o analoghi, I131 ecc.	S	S			179,7	S		61	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI
1	61	92.01.5	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI	Studio mirato da eseguirsi su indicazioni cliniche precise per la ricerca di sedi di ectopia tiroidea. Esclusa la patologia oncologica tiroidea (eseguire indagine cod. 92.18.1)	S	S			74,7		S	61	92.01.5	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Eseguirsi almeno tre proiezioni: Ant, Post, Lat. dx. - Qualora il quesito clinico richieda una valutazione addizionale di funzionalità splenica o di diagnostica peculiare in senso onco-ematologico (es. linfoma), infettivologico, ecc. va codificato anche 92.05.5 (scintigrafia splenica). In questo caso il referto deve essere specifico e relativo al quesito clinico.	S	S			64,6	S		61	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5
1	61	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Prevede due studi scintigrafici planari per comparare, o con tecnica di sottrazione o con analisi visiva, le immagini epatiche con colloide con quelle del pool ematico epatico. Eseguire almeno 3 proiezioni (Ant., Post, Lat dx).	S	S			115	S		61	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5
1	61	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	La scintigrafia sequenziale prevede lo studio dinamico biliare. Il tempo di esame può essere variato in funzione del quesito clinico proposto o della patologia in studio. Il tempo minimo di acquisizione dello studio dinamico è di 60 minuti, salvo riscontro di referto normale a 30 minuti. Per misurazione della funzionalità si intende una elaborazione della immagine o in senso di generazione di ROI e curve attività/tempo con estensione di parametri temporali o immagini parametriche.	S	S			103,6	S		61	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI
1	61	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5		S	S			154,9	S		61	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5
1	61	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			25,9	S		61	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	Si tratta di immagini statiche renali acquisite sia in posizione supina che prona; se possibile eseguire 6 immagini (Ant, Post, OAD, OAS, OPD, OPS). La prestazione si intende bilaterale.	S	S			56,8	S		61	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5
1	61	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			23	S		61	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	Prevede il cateterismo vescicale e l'introduzione in vescica del radiofarmaco. Non è generalmente necessaria una elaborazione intesa a determinare dati quantitativi. Lo studio è finalizzato a valutare la presenza di reflusso e la sua estensione (fino alla pelvi renale).	S	S			74,4	S		61	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta
1	61	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	La procedura trova un'utile applicazione soprattutto a complemento di uno studio renale statico (Tc99M-DMSA).	S	S			41,3	S		61	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.03.6	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI	La metodica, applicata correntemente sia a livello regionale che nazionale, prevede l'impiego di tecnica vivo-vitro senza acquisizioni di immagini. Si basa sul principio generale delle clearances plasmatiche di radiofarmaci iniettati per via venosa e successivi campionamenti di sangue. Essenziale nella insufficienza renale cronica e per studi di nefrotossicità da farmaci.	S	S			120,9		S	61	92.03.6	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.03.7	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE	Si utilizza la somministrazione intravenosa del tracciante nel paziente laddove non sia consigliabile o possibile eseguirsi citoscintigrafia minzionale diretta ( es. non consigliabile cateterismo). Le immagini ottenute sulla regione renale e ureterale durante la fase minzionale consentono la identificazione di un eventuale reflusso. L'acquisizione specifica inizia alla fine della scintigrafia renale sequenziale e termina alla fine della minzione. La metodica non è idonea alla identificazione di un reflusso vescico - ureterale passivo.	S	S			182		S	61	92.03.7	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE
1	61	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	La prestazione prevede l'acquisizione dinamica di 20-30 minuti in proiezione Ant, seguita da esecuzione di test provocativo (esempio somm.ne per os di succo di limone concentrato) e continuazione dello studio dinamico per 15-20 minuti. Al termine occorre acquisire 3 proiezioni statiche (Ant, Latdx e Latsin).	S	S			63,9	S		61	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE
1	61	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	La prestazione prevede sempre elaborazione delle immagini sequenziali acquisite durante la deglutizione del bolo radioattivo e successivamente per 10 minuti negli atti di deglutizione "a secco".	S	S			51,7	S		61	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE
1	61	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	a) Reflusso gastro-esofageo. Visualizzazione del reflusso con stima dell'entità. Radiofarmaco consigliato: Tc99m-solfuro colloidale o Tc99m-DTPA 3,7 MBq (100 uCi) diluito in 300 ml di succo d'arancia acidificato. b) Reflusso duodeno-gastrico. Valgono le modalità già indicate al punto a) In caso di contemporaneo studio standard scintigrafico sequenziale epatobiliare con calcolo degli indici funzionali codificare solo 92.02.3.	S	S			93	S		61	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO
1	61	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	Si intende sia la localizzazione di una gastroenterorragia sia la ricerca di mucosa gastrica ectopica intestinale. Non comprende lo studio per la quantificazione di perdite occulte intestinali. E' indicata solo per la localizzazione di siti di sanguinamento o per escluderli. La ricerca, può essere protratta anche per 36 ore usando la tecnica della riiniezione. Occorre acquisire, immagini sequenziali per 60 minuti. Le acquisizioni di immagini successive e la loro sequenza temporale, verranno di volta in volta decise dal medico nucleare.	S	S			103,3	S		61	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE
1	61	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	Viene eseguito con somministrazione orale di 3,7 MBq di 51 Cr-EDTA (100uCi) Prevede la raccolta delle urine per 24 ore. Nel caso si eseguano misure per lo studio di perdite proteiche o maleassorbimento intestinale, utilizzare questo codice (92.04.5)	S	S			61,5	S		61	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE
1	61	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate	S	S			187	S		61	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	Nel caso di utilizzo di Tc99m-pirofosfato (finestra temporale 24-168 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA) l'intervallo somministrazione del tracciante-acquisizione dello studio è di 90-240 minuti. Può essere eseguito uno studio precoce all'equilibrio artero-venoso del blood pool cardiaco da utilizzarsi come repere anatomico. Nel caso di impiego di In111-antimiosina o altro radiofarmaco si esegue una doppia acquisizione (24 e 48 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA). Almeno 3 proiezioni (ant OAS 45°, OAS 70° o Lat Sin.)	S	S			51,7	S		61	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3
1	61	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	Da preferirsi l'iniezione centrale del bolo. Usare collimatori ad elevata efficienza di conteggio. Desumere informazioni quantitative dalla elaborazione della curva di 1° transito e successivamente dall'analisi della curva di attività/volume. Riferirsi per la standardizzazione al testo già citato AIMN, 1994. Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate.	S	S			98,1	S		61	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
1	61	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	Comprende: 1) Angiocardioscintigrafia all'equilibrio con calcolo di parametri funzionali. Si intende studio a riposo. Per parametri funzionali si intendono indici funzionali semi-quantitativi e parametri numerici di tipo quantitativo. Devono essere ottenuti almeno i seguenti parametri: - funzione ventricolare globale: FE dx e sin rapportati a valori normali, meglio ma non necessariamente se ottenuti dallo stesso Centro esecutore dell'esame; - funzione regione ventricolare: qualitativa e/o quantitativa per la valutazione delle zone di ipocinesia, acinesia, discinesia - FE regionali. Proiezioni da ottenere da 1 a tre a seconda del quesito clinico ( OAS 45 ° OAS 70° o Lat. sin. ant).	S	S			129,1	S		61	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
1	61	92.05.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	La procedura viene eseguita in genere con Tc99m - solfuro colloidale, più raramente con emazie autologhe marcate, e devono essere ottenute almeno 3 proiezioni (Ant. Post e Lat sin).	S	S			90,1	S		61	92.05.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)
1	61	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	Lo studio trova indicazione nella determinazione della distribuzione corporea totale del midollo osseo per la valutazione di anomalie sia regionali che globali. Può essere impiegata per la individuazione di sedi adeguate alla biopsia o in associazione alla scintigrafia ossea in patologie oncologiche od osteomielitiche (in quest'ultimo caso è utile l'associazione con scintigrafia segmentaria o totale corporea con cellule autologhe marcate).	S	S			108,5	S		61	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY
1	61	92.05.7	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO	Studio scintigrafico in cui vengono impiegati radiofarmaci diversi dagli indicatori di lesione o dai traccianti di perfusione. Esempi: traccianti metabolici (acidi grassi) o neurocardiologici (MIBG-I131 o I123) per lo studio della distribuzione del sistema nervoso simpatico nel miocardio ecc.	S	S			131,3		S	61	92.05.7	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.05.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO	Si intende lo studio tomografico con iniezione di tracciante. Si richiamano le linee guida al codice 92.05.7	S	S			156,5		S	61	92.05.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO
1	61	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	La prestazione è indicata per la diagnosi di cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fine 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. Si include anche studio metabolico.	S	S			1071,7	S		61	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO
1	61	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO		S	S			134,8	S		61	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO
1	61	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			41,3	S		61	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	Qualora il medico nucleare ritenga necessario effettuare entrambe le prestazioni è raccomandabile che la massa eritrocitaria ed il volume plasmatico vengano determinate con tecniche indipendenti onde assicurare una maggior precisione dei dati. Possono essere adottate tecniche che prevedono la misura simultanea dei due parametri. Salvo esigenze cliniche particolari, è opportuno che la determinazione della massa eritrocitaria e del volume plasmatico non siano effettuate immediatamente dopo trasfu	S	S			46,2	S		61	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO
1	61	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	La marcatura in vitro di emazie autologhe è molto stabile e permette il protrarsi dei campionamenti ematici per almeno due settimane. I tempi di prelievo sono ravvicinati nella prima giornata (10-20-30-60-180 minuti, 6° ora ) e a distanza di 24 ore i successivi per due settimane. Si tiene conto, nell'elaborazione dei dati, del fattore di eluizione del tracciante dalla cellula. Contemporaneamente alla esecuzione dei prelievi vengono effettuate misure di superficie con sonda con rivelatore a scint	x	S			179,3	S		61	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)
1	61	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	E' una metodologia che permette di calcolare con precisione il turnover plasmatico del ferro ed altri parametri come il metabolismo eritrocitario del ferro. Il periodo di campionamento ematico e di misure di superficie sui comportamenti interessati al metabolismo del ferro sono protratti fino al 14° giorno e l'analisi dei dati sperimentali implica l'adozione di modelli interpretativi con una analisi informatica più complessa. Questo codice va utilizzato anche per la Clearance plasmatica del ferr	S	S			143,6	S		61	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	1) Studio della cinetica dei leucociti: per effettuare questa procedura è indispensabile l'utilizzo di popolazioni leucocitarie pure. La marcatura prevede la separazione della popolazione leucocitaria in esame mediante gradienti di densità. Lo studio della cinetica è effettuato attraverso campionamenti seriati di sangue onde ottenere curve attività/tempo e stabilire il T1/2 e la vita cellulare media. L'utilizzo delle immagini ottenute con gamma camera computerizzata consente di produrre, median	S	S			221,3	S		61	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO
1	61	92.09.8	TEST DI SHILLING	Test raccomandabile nello studio del paziente anemico, su richiesta dello specialista. Lo studio combinato mediante l'impiego contemporaneo di radiofarmaci quali Co58-cianocobalamina e Co57-cianocobalamina legata al fattore intrinseco è raccomandabile per ridurre i tempi di esecuzione di 2 test separati.	S	S			174,6		S	61	92.09.8	TEST DI SHILLING
1	61	92.09.9	GSPECT		S	S			46,3		S	61	92.09.9	GSPECT
1	61	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	Include serie scintigrafiche precoci e tardive (i tempi sono stabiliti in base al tracciante impiegato). Almeno due serie scintigrafiche di 4 proiezioni ciascuna (Ant, Post, Lat. dx, Lat. sin).	S	S			98,1	S		61	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO
1	61	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	Lo studio completo comprende anche: a) lo studio statico precoce all'equilibrio artero-venoso (in genere una proiezione in Anteriore); b) il calcolo degli indici emodinamici espressi come dati semiquantitativi, parametrici, ecc. Infatti abitualmente, e salvo approcci analitici molto particolari, non si fornisce il dato quantitativo assoluto in ml/min/100gr. tessuto cerebrale.	S	S			126,3	S		61	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO
1	61	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	Ogni tipologia di derivazione liquorale che il Neurochirurgo ritenga di effettuare e per la quale sia possibile stabilire o meno la pervietà.	S	S			129,1	S		61	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI
1	61	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR		S	S			206,6	S		61	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR
1	61	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	Include la SPET cerebrale per lo studio di: a) alterazioni della barriera emato-encefalica impiegando radiofarmaci tradizionali come il Tc99m-DTPA o il Tc99m-pertecnetato o il Tc99m-glucoptonato; b) perfusione cerebrale con traccianti specifici (Xe133, Tc99m-HMPAO, Tc99m-ECD). Analisi semi-quantitative sono opzionali e comprese nella tariffa.	S	S			238,8	S		61	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)
1	61	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	La prestazione e' 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.	S	S			940	S		61	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	La prestazione e' 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.	S	S			1071,7	S		61	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo
1	61	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera. Obbligatorie reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i). La tecnica di sottrazione non è obbligatoria salvo se si impiega il TI201.	S	S			191,1	S		61	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide
1	61	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	Allo studio scintigrafico di un iniziale segmento articolare sede di patologia va sempre associato l'esame dell'articolazione controlaterale, ove questa esista, per ovvi motivi di correlazione. Le stesse considerazioni valgono anche per la scintigrafia scheletrica segmentaria.	S	S			57,8	S		61	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA
1	61	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	Si intende la scintigrafia ossea o articolare con studio angiografico, una acquisizione all'equilibrio arterovenoso e uno studio statico del segmento interessato (trifasica)	S	S			78,4	S		61	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA
1	61	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	In particolare ne viene raccomandato l'uso per meglio situare anatomicamente e spazialmente anomalie scintigrafiche focali.	S	S			67,2		S	61	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco
1	61	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	In studio planare acquisizione di almeno 6 proiezioni (Ant, Post, Lat dx, Lat sin, OPdx e OPsin). In paziente non collaborante acquisire il massimo numero possibile di proiezioni. La dose di radiofarmaco deve essere di almeno 222 MBq (6mCi) se l'esame è effettuato dopo lo studio scintigrafico di ventilazione (altrimenti possono essere sufficienti 77 MBq (2 mCi)). Salvo impossibilità pratica, è preferibile che il paziente sia iniettato in posizione seduta. Obbligatorio eseguire uno studio Rx tor	S	S			68,5	S		61	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)
1	61	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	Lo studio di ventilazione dovrebbe seguire a quello di perfusione, in quanto una perfusione normale porrebbe fine alle indagini medico-nucleari, salvo specifica richiesta per quesiti diagnostici diversi da quelli di tromboembolia polmonare (TEP) (esempio: broncopatie croniche ostruttive ecc., nel qual caso i due studi potrebbero essere effettuati in giorni diversi). Nel caso di impiego di Xe133, eseguire una proiezione standard posteriore con almeno 740 MBq (20 mCi) di attività somministrata. Lo	S	S			198,6	S		61	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA
1	61	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusoriale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	Per studio quantitativo si intende l'utilizzo di indici funzionali: parametri temporali o rapporti ventilazione/perfusione (V/P) o immagini parametriche, qualora le prestazioni 92.15.1 e 92.15.3 siano eseguite sequenzialmente.	S	S			23	S		61	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusoriale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)
1	61	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO		S	S			169,5	S		61	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO
1	61	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco		S	S			34,7	S		61	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	Procedura ottenibile mediante introduzione interstiziale sottocutanea di radiofarmaci, marcati con Tc99m di natura colloidale inerti o da aggregati molecolari. Vengono in genere effettuate acquisizioni con gamma camera tra 10-15 minuti, a 2-3 ore ed eventualmente lo studio può protrarsi a 6-24 ore. Le immagini statiche possono essere precedute da una acquisizione dinamica continua per circa 30-60 minuti.	S	S			110,5	S		61	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA
1	61	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI		S	S			213,6	S		61	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI
1	61	92.18.2	Scintigrafia ossea total body	Si intende la TOTAL BODY , preferibilmente eseguita con tecnica di scansione totale corporea. Qualora eseguita con serie di immagini statiche, tuttavia, le stesse devono produrre una esplorazione completa di tutti i segmenti articolari o scheletrici.	S	S			113,1	S		61	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE
1	61	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	Da eseguirsi sempre in pazienti oncologici per stadiazione e per follow-up. Si intende tecnica total body.	S	S			136,6	S		61	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI
1	61	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE		S	S			251,6	S		61	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE
1	61	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI		S	S			251,6	S		61	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
1	61	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	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 chemioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico.	S	S			1071,7	S		61	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)
1	61	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	Comprende: 1) Studio Basale - Se il radiofarmaco impiegato è marcato con I-131 è necessario bloccare la tiroide con ioduro potassio 1-2 giorni prima dell'esame e 10-14 giorni dopo l'iniezione. Lo studio viene effettuato con I131-Norcolesterolo. La dose somministrata è di 37MBq (1 mCi) per e.v., con iniezione lenta per evitare reazioni da liberazione di istamina. Si acquisiscono immagini in proiezioni Post, Lat dx e Lat sin, preferibilmente al 4° - 5° giorno dopo l'iniezione e in giorni success	S	S			259	S		61	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE
1	61	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	Prevede l'impiego del radiofarmaco I131-MIBG e il blocco tiroideo con ioduro di potassio (1-2 giorni prima e 1 settimana dopo l'iniezione del radiofarmaco). La dose media è di 18,5 - 37 MBq (500-1000 uCi), iniettata lentamente in vena. Si acquisiscono immagini a 24-48 ore e se necessario nei giorni successivi nelle proiezioni Ant e Post (almeno 3 immagini partendo dal collo e terminando alla pelvi). L' applicazione predominante è la ricerca di feocromocitoma e sue metastasi. Se viene usato il r	S	S			293,5	S		61	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE
1	61	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	Include sia lo studio testicolo/scrotale (diagn.diff. tra epididimite e torsione), sia studi di valutazione di disfunzione sessuale (impotenza), angiografia distrettuale peniena di base e sotto stimolo, o valutazione funzionale di varicocele.	S	S			51,7	S		61	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	Comprende: 1) Angioscintigrafia Distrettuale. Comprende l'acquisizione dinamica (una proiezione) e all'equilibrio artero-venoso (almeno due proiezioni) del transito del tracciante in un particolare distretto vascolare o organo. L'analisi è visiva. Preferibile usare Tc99m-DTPA. In caso di impiego di Tc99m-pertecnetato bloccare la tiroide con 200-400 mgr. di perclorato di potassio (per os.) 30 min. prima dell'iniezione del tracciante. 2) Angioscintigrafia distrettuale con calcolo di indici emodin	S	S			86,3	S		61	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)
1	61	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali		S	S			24,8	S		61	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali
1	61	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	Scintigrafia di un solo segmento con indicatori positivi. Lo studio scintigrafico di un solo segmento sede di patologia va associato con quello del segmento controlaterale, ove questo esista, per motivi di correlazione. Se motivato clinicamente e ritenuto necessario dallo specialista medico-nucleare, la richiesta di prestazione monosegmentale va integrata da immagini plurisegmentali. Escluso Codici 92.01.4 - 92.02.4 - 92.15.4	S	S			302,2		S	61	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
1	61	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E	Si intende esame associato a somministrazione di radiofarmaco indipendentemente da studio planare.	S	S			973,6		S	61	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E
1	61	92.19.9	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	S	S			67,2		S	61	92.19.9	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON: - INDICATORI POSITIVI. - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE. - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI
1	61	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		S	S			84,5	S		61	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq
1	61	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		S	S			17,8	S		61	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi
1	61	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		S	S			225	S		61	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA
1	61	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		S	S			658,5	S		61	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq
1	61	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		S	S			274,4	S		61	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi
1	61	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	S	S			1032,9	S		61	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
2	64	99.25.4	Terapia antitumorale con infusione di farmaci								S	135	64	99.25.4
1	64	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali		S	S			51,7	S		64	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali
1	64	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		S	S			62	S		64	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
1	64	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		S	S			31	S		64	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)
1	64	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)		S	S			62	S		64	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	64	8901.25	Visita oncologico di controllo	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento oncologico. La prestazione si riferisce alle visite di controllo effettuate nell'intervallo fra i singoli trattamenti oncologici (es. visite di controllo nadir e/o altre tossicità).	S	S			12,9	S		64	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	64	8903.02	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Valutazione generale, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi (CAS), ad esclusione dei pazienti ricoverati.	S	S			20,7	S		64	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	64	8905.0	Visita C.A.S. di indirizzo e supporto al percorso diagnostico terapeutico	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di oncologia (ove non ancora attivato il CAS); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test, consenso informato. Il CAS svolge compiti di informazione, accoglienza, amministrativo-gestionali, di analisi dei bisogni e delle priorità (triage), di indirizzo e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico del paziente e di compilazione della Scheda Sintetica Oncologica. Prestazione propedeutica a quelle codificate: 89.03 e 89.07, vincolate per i pazienti ambulatoriali	S	S			40		S	64	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE
1	64	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente, erogata dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC)	Valutazione interdisciplinare sul paziente, erogata dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC), indipendentemente dal numero di specialisti presenti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi -CAS.	S	S			46,5	S		64	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	64	897.22	Visita oncologica - Prima visita		S	S			20,7	S		64	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	64	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL paziente oncologico - Per seduta individuale		S	S			4,4	S		64	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale
1	64	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	S	S			9,7	S		64	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni
1	64	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		S	S			11,6	S		64	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -
1	64	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -		S	S			9,7	S		64	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -
DGR 33	64	99.25.5	Terapia antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea		S	S			77		S	64	99.25.5	Terapia antitumorale con dispensazione di farmaci orali o per iniezione intramuscolare o sottocutanea
DGR 33	64	99.25.4	Terapia antitumorale con infusione di farmaci		S	S			135		S	64	99.25.4	Terapia antitumorale con infusione di farmaci
1	68	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)		S	S			82,6	S		68	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)
1	68	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		S	S			180,7	S		68	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
1	68	89.37.2	Spirometria globale con volume residuo		S	S			37,2	S		68	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE -
1	68	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) -		S	S			46,5	S		68	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) -



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	68	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Per singolo stimolo si intende il singolo allergene inalabile (non materiale d'uso professionale) testato in polvere od in soluzione. La prestazione è conclusa quando si riscontra una positività oppure si raggiunge il dosaggio massimo disponibile. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 4 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale o congiuntivale è da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prest	S	S			46,5	S		68	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4
1	68	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria		S	S			23,2	S		68	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria
1	68	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -		S	S			23,2	S		68	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -
1	68	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -		S	S			23,2	S		68	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -
1	68	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -		S	S			46,5	S		68	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -
1	68	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -		S	S			23,2	S		68	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -
1	68	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	S	S			69,7	S		68	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI
1	68	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -		S	S			46,5	S		68	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -
1	68	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -		S	S			23,2	S		68	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -
1	68	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -		S	S			23,2	S		68	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -
1	68	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -		S	S			55,8	S		68	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -
1	68	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia		S	S			12,3	S		68	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia
1	68	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia		S	S			12,3	S		68	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia
1	68	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -		S	S			18,6	S		68	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -
1	68	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		S	S			9,3	S		68	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA
1	68	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -		S	S			12,3	S		68	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -
1	68	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -		S	S			12,3	S		68	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -
1	68	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta		S	S			5,8	S		68	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta
1	68	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		S	S			8,2	S		68	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)
1	68	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta		S	S			7,8	S		68	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta
1	68	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -		S	S			18,5	S		68	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -
1	68	89.61.2	Ossimetria notturna o saturimetria notturna o pulsoossimetria notturna	Secondo le linee guida regionali	S	S			57,5		S	68	89.61.2	Ossimetria notturna o saturimetria notturna o pulsoossimetria notturna
1	68	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		S	S			12,3	S		68	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
1	68	93.99.2	Addestramento ed addattamento alla protesi ventilatoria non invasiva o invasiva per via tracheostomica e all'erogatore di pressione positiva	Prestazione effettuabile da medico, infermiere, fisioterapista Secondo linee guida regionali	S	S			12,5		S	68	93.99.2	Addestramento ed addattamento alla protesi ventilatoria non invasiva o invasiva per via tracheostomica e all'erogatore di pressione positiva
2	69	38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE								S	2350	69	38.7
2	69	38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)								S	750	69	38.89
2	69	39.1	TIPS								S	2500	69	39.1
2	69	39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)								S	900	69	39.50.1
2	69	39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post								S	2000	69	39.50.2
2	69	39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE								S	800	69	39.92.1
2	69	39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE	La prestazione va utilizzata anche per l' aortografia addominale per studio circolo arti inferiori							S	500	69	39.99.2

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	69	39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE								S	500	69	39.99.3
2	69	39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE	Prestazione che va ad aggiungersi alla prestazione angiografica per ogni accesso vascolare successivo al primo							S	300	69	39.99.4
2	69	39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI								S	1500	69	39.99.5
2	69	39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA								S	1500	69	39.99.6
2	69	39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)								S	2250	69	39.99.7
2	69	39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT								S	3500	69	39.99.8
2	69	39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)								S	3000	69	39.99.9
2	69	39.99.A	TERAPIA INTERVENTISTICA ECOGUIDATA MUSCOLOSCHIELETRICA								S	200	69	39.99.A
2	69	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA								S	800	69	43.11
2	69	43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA								S	900	69	43.19.1
2	69	50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE								S	900	69	50.19
2	69	50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)								S	650	69	50.29
2	69	51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA								S	900	69	51.03
2	69	51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda								S	600	69	51.10
2	69	51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc.								S	1700	69	51.98
2	69	51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA								S	1300	69	51.99.1
2	69	51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO	Per ogni accesso successivo al primo (cod. 51.99.1)							S	500	69	51.99.2
2	69	51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)								S	500	69	51.99.3
2	69	54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO								S	350	69	54.99.1
2	69	54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA								S	1000	69	54.99.2
2	69	55.12.1	PIELOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE								S	1000	69	55.12.1
2	69	55.12.2	PIELOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE								S	1500	69	55.12.2
2	69	56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE								S	800	69	56.99.1
2	69	56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE								S	1100	69	56.99.2
2	69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento								S	125	69	85.99
2	69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI								S	1200	69	86.07
2	69	87.21	MIELOGRAFIA								S	600	69	87.21
2	69	87.21.A	MIELO-TC								S	700	69	87.21.A
2	69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA								S	600	69	88.44.1
2	69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra								S	600	69	88.44.2
2	69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra								S	600	69	88.44.3
2	69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra								S	600	69	88.44.4
2	69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA								S	600	69	88.45
2	69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO								S	600	69	88.47
2	69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA								S	600	69	88.49.1
2	69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA								S	600	69	88.49.2
2	69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCCLOVIA DESTRA O SINISTRA								S	600	69	88.49.3
2	69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE								S	600	69	88.49.4
2	69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA								S	600	69	88.49.5
2	69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO								S	600	69	88.49.6
2	69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE								S	600	69	88.49.7
2	69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA	Tale prestazione va ad aggiungersi alle prestazioni da 88.49.1 a 88.49.7, per ogni ulteriore iniezione selettiva nella stessa seduta							S	150	69	88.49.8
2	69	88.95.E	RM DELLA PROSTATA per via transrettale								S	200	69	88.95.E
2	69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI								S	1200	69	98.20.1
2	69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA								S	1000	69	98.52
2	69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE								S	1800	69	99.25.2
2	69	99.29	FIBRINOLISI								S	1800	69	99.29

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA								S	1500	69	99.29.A
2	69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI								S	500	69	99.29.B
1	69	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		S	S			73,8	S		69	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei
1	69	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA	Comprensiva della TC pre e post	S	S			250		S	69	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA
1	69	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	S	S			86,1	S		69	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide
1	69	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		S	S			198,4	S		69	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata
1	69	34.91.2	Toracentesi eco-guidata		S	S			180		S	69	34.91.2	TORACENTESI ECO-guidata
1	69	34.91.3	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato		S	S			150		S	69	34.91.3	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato
1	69	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		S	S			83	S		69	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)
1	69	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		S	S			146,4	S		69	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)
1	69	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		S	S			216,9	S		69	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata
1	69	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD		S	S			390		S	69	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD
1	69	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		S	S			216,9	S		69	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC
1	69	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE	Nel caso delle vie biliari prestazione da aggiungere a 88.96.7	S	S			250		S	69	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE
1	69	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		S	S			154,9	S		69	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	69	55.93	ONDE D'URTO focalizzate (per uso ortopedico) per seduta	fino ad un massimo di tre sedute.	S	S			80		S	69	55.93	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) per seduta (per uso ortopedico)
1	69	55.93.A	ONDE D'URTO focalizzate (per altre indicazioni specialistiche) per seduta		S	S			80		S	69	55.93.A	ONDE D'URTO focalizzate (per altre indicazioni specialistiche) per seduta
1	69	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata		S	S			67,6	S		69	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata
1	69	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI compresa ecografia con m.d.c.		S	S			66,4	S		69	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI
1	69	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		S	S			52,1	S		69	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella
1	69	85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA DI VACUO ASPIRAZIONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO		S	S			450		S	69	85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA DI VACUO ASPIRAZIONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO
1	69	85.11.3	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona		S	S			750		S	69	85.11.3	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona
1	69	85.11.4	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA		S	S			180,8		S	69	85.11.4	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA
1	69	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	S	S			44,6	S		69	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata
1	69	8703.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite]		S	S			74,9	S		69	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			120,4	S		69	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)		S	S			80,5	S		69	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)
1	69	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione DACRIOCISTOGRAFIA TC.	S	S			127,8	S		69	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]		S	S			74,9	S		69	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
1	69	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			120,4	S		69	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]
1	69	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		S	S			74,9	S		69	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
1	69	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			120,4	S		69	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
1	69	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA		S	S			85,2	S		69	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA
1	69	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto		S	S			54,7	S		69	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto
1	69	87.09.2	<b>STUDIO FUNZIONALE RADIOLOGICO DELLA DEGLUTIZIONE</b>		S	S			66,6	S		69	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE con videoregistrazione
1	69	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		S	S			9,3	S		69	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore
1	69	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)		S	S			20,7	S		69	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)
1	69	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica		S	S			10,3	S		69	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica
1	69	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)		S	S			6,2	S		69	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)
1	69	87161.0	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) ORBITE		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) OSSA NASALI		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.3	RADIOGRAFIA articolazione temporo-mandibolare		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.4	RADIOGRAFIA emimandibola dx		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87161.5	RADIOGRAFIA mastoidi [rocche, petrose, forami ottici]		S	S			15	S		69	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche, petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola
1	69	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni		S	S			22,2	S		69	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni
1	69	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)		S	S			17,3	S		69	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)
1	69	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale		S	S			17,3	S		69	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale
1	69	8724.0	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE . Radiografia del rachide lombo sacrale (almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8724.2	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE - esame morfodinamico della colonna lombosacrale (almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	8724.2	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE rachide lombosacrale per morfometria vert (almeno 2 proiezioni)	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	S	S			17,3	S		69	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vert
1	69	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico		S	S			34,6	S		69	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico
1	69	87.35	GALATTOGRAFIA		S	S			68,2	S		69	87.35	GALATTOGRAFIA
1	69	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)		S	S			34,9	S		69	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)
1	69	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)		S	S			23	S		69	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)
1	69	87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE		S	S			45		S	69	87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE
1	69	87.37.5	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE		S	S			60,8		S	69	87.37.5	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE
1	69	87.38	FISTOLOGRAFIA		S	S			54,2	S		69	87.38	FISTOLOGRAFIA
1	69	8741.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]		S	S			77,7	S		69	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
1	69	8741.1	TC torace ad alta risoluzione (hrtc)	COMPRESA TC AD ALTA RISOLUZIONE (HRCT)	S	S			77,7	S		69	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
1	69	è sbagliato il codice precedente assegnato	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]
1	69	87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc		S	S			200		S	69	87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc
1	69	87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc		S	S			200		S	69	87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc
1	69	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE. Tomografia bilaterale polmonare		S	S			49,1	S		69	87.42.1	TOMOSINTESI
1	69	87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale		S	S			24,3	S		69	87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale
1	69	87432.0	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale		S	S			16	S		69	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola
1	69	87441.0	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace (2 proiezioni) o torace (1 proiezione)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	S	S			15,5	S		69	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
1	69	87.49.1	RX della trachea - (2 proiezioni)		S	S			600	S		69	87.49.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)
1	69	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto		S	S			44,4	S		69	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto
1	69	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)		S	S			50,1	S		69	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)
1	69	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			47,3	S		69	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			59,4	S		69	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	Compresa premedicazione e lo studio a doppio contrasto di esofago, stomaco e duodeno	S	S			45,5	S		69	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE
1	69	87.63.1	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS		S	S			102,3		S	69	87.63.1	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS
1	69	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)		S	S			30	S		69	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	87.64.1	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	S	S			210		S	69	87.64.1	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC
1	69	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	S	S			315		S	69	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto
1	69	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			91,7	S		69	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO		S	S			141	S		69	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO
1	69	87.69.2	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)		S	S			50		S	69	87.69.2	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)
1	69	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO		S	S			85,5	S		69	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO
1	69	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			134,4	S		69	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo
1	69	87.72	<b>TOMOSINTESI RENALE</b>		S	S			27,9	S		69	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto
1	69	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto		S	S			89,4	S		69	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto
1	69	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Incluso : esame diretto		S	S			68,7	S		69	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Incluso : esame diretto
1	69	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Incluso: esame diretto		S	S			91,9	S		69	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Incluso: esame diretto
1	69	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA		S	S			43,4	S		69	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA
1	69	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)	Tale codice può essere utilizzato anche per la sola uretrografia retrograda.	S	S			66,1	S		69	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)
1	69	8777.0	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale	Prestazione effettuata sempre e solo ad integrazione e sostituzione della prestazione 87.73.		S			137,7	S		69	87.77	CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale
1	69	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)	Tale prestazione si intende comprensiva della regione vescicale.	S	S			19,4	S		69	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)
1	69	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto		S	S			108,5	S		69	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto
1	69	87.83.1	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale		S	S			125		S	69	87.83.1	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale
1	69	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni	S	S			79,5	S		69	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
1	69	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso,	S	S			126,9	S		69	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni
1	69	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube.	S	S			79,5	S		69	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
1	69	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			126,9	S		69	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata
1	69	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al pube	S	S			103,7	S		69	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			158	S		69	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) senza e con mdc per stadiazione oncologica	La prestazione include lo studio dell'encefalo, del torace e dell'addome completo.	S	S			450		S	69	88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) senza e con mdc per stadiazione oncologica
1	69	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	Codice da utilizzarsi anche per l'esame diretto dei vasi.	S	S			19,4	S		69	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)
1	69	8821.0	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO - DELL'ARTO SUPERIORE Destro -Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla,		S	S			17,8	S		69	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni ) di: spalla, braccio, toraco-brachiale
1	69	8822.0	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO . Radiografia (2 proiezioni) di: gomito		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8822.1	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) dell' avambraccio		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8823.0	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) del polso,		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	69	8823.1	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) della mano		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	69	8826.0	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino		S	S			17,6	S		69	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
1	69	8826.1	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia dell'anca		S	S			17,6	S		69	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
1	69	8827.0	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore,		S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.1	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: ginocchio	Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico (stress del ginocchio)In caso di prestazione senza carico e con carico effettuata nella stessa seduta, la prestazione va codificata due volte.	S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.2	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: gamba		S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8828.0	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia,	Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico (stress della caviglia)In caso di prestazione senza carico e con carico effettuata nella stessa seduta, la prestazione va codificata due volte.	S	S			17,8	S		69	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
1	69	8828.1	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: piede [calcagno],		S	S			17,8	S		69	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
1	69	8828.2	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: dito del piede		S	S			17,8	S		69	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede
1	69	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)		S	S			20,2		S	69	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)
1	69	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	Nel caso in cui si effettuino 2 proiezioni utilizzare codice 87.29	S	S			30,2	S		69	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO
1	69	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	Proiezioni a 30°, 60°, 90°.	S	S			26,3	S		69	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)
1	69	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	Prestazione che comprende cranio LL + cervicale LL + dorso-lombare AP ed LL+costale AP + bacino AP + eventuali ossa lunghe. In caso di ulteriori segmenti la prestazione va sempre codificata una volta sola.	S	S			90,4	S		69	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]
1	69	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE		S	S			22,5	S		69	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE
1	69	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)		S	S			82,1	S		69	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)
1	69	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia		S	S			12,1	S		69	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia
1	69	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO		S	S			31,5	S		69	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO
1	69	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		S	S			54,2	S		69	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		S	S			54,2	S		69	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)
1	69	88381.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC cervicale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	S	S			77,7	S		69	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
1	69	88381.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE DORSALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC dorsale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	S	S			77,7	S		69	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
1	69	88381.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL LOMBO - SACRALE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC lombosacrale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	S	S			77,7	S		69	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE
1	69	88382.0	TC rachide (colonna) cervicale e dello speco vertebrale senza e con m.d.c.	Si intende la prestazione di TC cervicale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	S	S			124,1	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88382.1	TC rachide (colonna) dorsale e dello speco vertebrale senza e con m.d.c.	Si intende la prestazione di TC dorsale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	S	S			124,1	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88382.2	TC rachide (colonna) lombo-sacrale e dello speco vertebrale senza e con m.d.c.	Si intende la prestazione di TC lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	S	S			124,1	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88383.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalla e braccio [spalla, braccio],		S	S			81,8	S		69	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]
1	69	88383.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: gomito e avambraccio [gomito, avambraccio],		S	S			81,8	S		69	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]
1	69	88383.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: polso e mano [polso, mano]		S	S			81,8	S		69	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalle e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]
1	69	88384.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC della spalla e del braccio	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			129,7	S		69	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88384.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC del gomito ed avambraccio	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			129,7	S		69	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].
1	69	88384.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC del polso e della mano	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito	S	S			129,7	S		69	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano].
1	69	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache		S	S			77,9	S		69	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache
1	69	88386.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore		S	S			77,9	S		69	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo - femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]
1	69	88386.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: ginocchio e gamba		S	S			77,9	S		69	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo - femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]
1	69	88386.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: caviglia e piede		S	S			77,9	S		69	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo - femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] caviglia e piede [caviglia, piede]
1	69	88387.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].
1	69	88387.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON CONTRASTO TC di: ginocchio e gamba	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].
1	69	88387.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE SENZA E CON CONTRASTO TC di: caviglia e piede	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			124,1	S		69	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede].
1	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Prestazione effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	S	S			200		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Prestazione che integra la prestazione 88.38.9 per ogni ulteriore distretto esaminato.	S	S			50		S	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino] e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			174,1		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88.39.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			15,5	S		69	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)
1	69	88.42.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico o dell'aorta addominale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.42.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell'aorta addominale
1	69	88.42.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Anche con iniezione selettiva	S	S			650		S	69	88.42.3	ANGIOPNEUMOGRAFIA
1	69	8848.0	TC rachide (colonna) cervicale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			283,3	S		69	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI
1	69	88.60.1	TC rachide (colonna) lombo-sacrale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)		S	S			263,9	S		69	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare
1	69	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA		S	S			98,1	S		69	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA
1	69	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE		S	S			256,7	S		69	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE
1	69	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE		S	S			256,7	S		69	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE
1	69	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale		S	S			246,4	S		69	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale
1	69	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE		S	S			246,4	S		69	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE
1	69	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE		S	S			246,4	S		69	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE
1	69	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale		S	S			256,7	S		69	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale
1	69	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale		S	S			246,4	S		69	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale
1	69	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale		S	S			285,1	S		69	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale
1	69	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		S	S			31,3	S		69	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare
1	69	88.71.5	Ecografia orbita		S	S			33,5		S	69	88.71.5	ECOGRAFIA ORBITA
1	69	88.73.1	Ecografia mammaria bilaterale		S	S			35,9	S		69	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale
1	69	88.73.2	Ecografia della mammella - monolaterale		S	S			21,2	S		69	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale
1	69	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA		S	S			35,9	S		69	88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA
1	69	88.73.4	Ecocolordopplergrafia della mammella	Comprensivo di esame bidimensionale. In caso di eco(colo)doppler della mammella monolaterale codificare 88.73.2	S	S			30,7	S		69	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA
1	69	88.74.6	ECOCOLORDOPPLER ADDOME SUPERIORE	La prestazione comprende l'analisi del fegato e vie biliari, pancreas, milza.	S	S			50		S	69	88.74.6	ECOCOLORDOPPLER ADDOME SUPERIORE
1	69	88751.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE con m.d.c. Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		S	S			124	S		69	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88753.1	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE con m.d.c.		N	S			124		S	69	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	69	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI		S	S			40		S	69	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI
1	69	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		S	S			31		S	69	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE
1	69	88791.1	Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo con m.d.c.		N	S			120,4	S		69	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
1	69	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	Ecoendoscopia eseguita per via transesofagea	S	S			50,6	S		69	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE
1	69	88.79.5	Ecografia del pene		S	S			31	S		69	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE
1	69	88796.0	Ecografia dei testicoli (scrotale)		S	S			31	S		69	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI
1	69	88.79.7	Ecografia transvaginale		S	S			43,4	S		69	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE
1	69	88799.0	Ecografia osteoarticolare	Prestazione riferita allo studio delle articolazioni escluso il codice 88.79.2	S	S			33,5		S	69	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
1	69	88.79.A	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE		S	S			55		S	69	88.79.A	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE
1	69	88.79.B	Ecografia transperineale	Comprensiva anche di eventuale studio dinamico	S	S			44		S	69	88.79.B	ECOGRAFIA TRANSPERINEALE
1	69	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.	Prestazione da aggiungere, in caso di effettuazione, al singolo esame ecografico effettuato senza m.d.c.		S			92		S	69	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.
1	69	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC		S	S			18,1	S		69	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)
1	69	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamerico aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale		S	S			26,5	S		69	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamerico aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale
1	69	88.90.9	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)	Altre endoscopie virtuali con TC o RM effettuate a completamento di altra indagine TC o RM. Prestazione da eseguirsi su richiesta dello specialista	S	S			50		S	69	88.90.9	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)
1	69	88.91.1	RM cervello e tronco encefalico (RM encefalo)	Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			166,6	S		69	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Includo eventuale, relativo, distretto vascolare	Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Utilizzare questa prestazione anche per lo studio di perfusione.	S	S			247,5	S		69	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Includo eventuale, relativo, distretto vascolare
1	69	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Includo: relativo distretto vascolare	Almeno tre sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Includo: relativo distretto vascolare
1	69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Includo: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in due proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Includo: relativo distretto vascolare
1	69	88915.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Includo eventuale, relativo, distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			432,3	S		69	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88915.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Includo : relativo distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Includo: relativo distretto vascolare
1	69	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Includo : relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in due proiezioni . In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Includo : relativo distretto vascolare
1	69	88.91.8	Angio-RM dei vasi del collo con mdc	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.7	S	S			184,8	S		69	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88919.0	RM cervello e tronco encefalico (RM encefalo) e SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita <u>a completamento e in sostituzione</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	N	S			266,6		S	69	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA
1	69	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2.	S	S			200		S	69	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto
1	69	88.91.B	SPETTROSCOPIA	Prestazione eseguita <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	S	S			150		S	69	88.91.B	SPETTROSCOPIA
1	69	8891C.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Includo eventuale, relativo, distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			291,5		S	69	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto
1	69	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2	S	S			160		S	69	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto
1	69	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Includo: relativo distretto vascolare	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni	S	S			115,8	S		69	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Includo: relativo distretto vascolare
1	69	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Includo: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Includo: relativo distretto vascolare
1	69	88922.0	RM cervello e tronco encefalico (RM encefalo) e Angio-RM del distretto toracico	Prestazione eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.92.1	N	S			351,4	S		69	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO
1	69	88.92.3	RM del cuore	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	Almeno 5 sequenze in 4 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88925.0	RM (cine-rm) del cuore	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	N	S			352,9	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	69	88.92.8	RM della mammella bilaterale SENZA M.D.C.	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale
1	69	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)
1	69	8893.0	RM colonna cervicale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			115,8	S		69	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	8893.1	RM colonna <b>toracica</b>	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			115,8	S		69	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	8893.2	RM colonna lombosacrale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			115,8	S		69	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale,	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	
1	69	88931.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO toracica,	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO lombosacrale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88941.7	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM gomito, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.0	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM polso, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM ginocchio, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM caviglia, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.3	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM avambraccio, almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88941.4	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM mano, almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.5	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM gamba, almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88941.6	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni :RM piede, almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			133,3	S		69	88.94.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto :RM gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; RM avambraccio, mano, gamba, piede : almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.0	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto: gomito, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.1	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto: polso, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : ginocchio, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.3	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : caviglia, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.4	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : avambraccio, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.5	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : mano, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.6	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto:gamba, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88942.7	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto: piede, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			204,2	S		69	88.94.2	Risonanza magnetica nucleare (rm) muscoloscheletrica piccole articolazioni senza e con contrasto : gomito, polso, ginocchio, caviglia: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; avambraccio, mano, gamba, piede:almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88.94.3	Angio-RM arto o arti superiori	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			184,8	S		69	88.94.3	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.94.4	Angio-RM arto o arti inferiori	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			320		S	69	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI
1	69	8894A.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di articolazione sacro-iliache, almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di articolazione coxofemorale singola, : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM Rm coscia/femore, almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	8894A.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione		S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero: almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894B.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA senza e con contrasto - Grandi articolazioni: RM di spalla, almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione;		S	S			250		S	69	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- grandi articolazioni: RM di spalla, bacino (comprensivo di sacro iliache e coxofemorale), articolazione sacro-iliache, articolazione coxofemorale singola, cingolo scapolare: almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione; Rm coscia/femore, braccio/omero : almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione
1	69	88.94.C	Artro-RM con mdc intra-articolare	Almeno 3 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			250		S	69	88.94.C	ARTRO-RM ( con m.d.c. intra-articolare)
1	69	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	S	S			120,1	S		69	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo
1	69	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezione. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare
1	69	88953.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare con integrazione di ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.95.2	N	S			371,9	S		69	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE
1	69	88954.0	RM dell'addome inferiore e scavo pelvico	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	S	S			120,1	S		69	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare
1	69	88955.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	S	S			187,1	S		69	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88955.1	RM del pene senza e con contrasto		S	S			187,1	S		69	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88956.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolarecon integrazione di ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	N	S			371,9	S		69	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE
1	69	88.95.7	RM addome superiore ed inferiore	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	S	S			330		S	69	88.95.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE
1	69	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	S	S			430		S	69	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto
1	69	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	S	S			100		S	69	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE
1	69	8895A.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo con integrazione di COLANGIO RM con m.d.c. - un distretto	Prestazione da eseguirsi ad integrazione della prestazione cod. 88.95.1. e sostituzione Almeno 2 sequenze specifiche con completamento di studio dell'addome superiore.	N	S			170,1		S	69	88.95.A	ANGIO RM con m.d.c. - un distretto
1	69	8895B.0	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti	Prestazione da eseguirsi non a completamento della prestazione cod. 88.95.1. Almeno 2 sequenze specifiche.	S	S			150		S	69	88.95.B	ANGIO RM con m.d.c. - due distretti
1	69	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)		S	S			250		S	69	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)
1	69	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		S	S			21,2	S		69	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia
1	69	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		S	S			43,4	S		69	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI		S	S			17,6	S		69	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI
1	69	88.99.6	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA		S	S			35		S	69	88.99.6	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA
1	69	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER applicato ad esame di base	Tale prestazione qualora effettuata va ad integrare le prestazioni 88.79.3, 88.79.1, 88.79.5, 88.79.6, 88.79.7, 88.79.8, 88.79.9	S	S			20		S	69	88.79.D	ECOCOLORDOPPLER applicato ad esame di base
1	69	8838B.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Includo: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			135,5		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Includo: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			184,4		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			208		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,9		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.5	TC rachide (colonna) cervicale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,7		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.6	TC rachide (colonna) dorsale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,7		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838B.7	TC rachide (colonna) lombo-sacrale e dello speco vertebrale e ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	N	S			127,7		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88796.1	Ecografia dei testicoli (scrotale) con m.d.c.		N	S			123	S		69	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI
1	69	88799.1	Ecografia osteoarticolare con m.d.c.	Prestazione riferita allo studio delle articolazioni escluso il codice 88.79.2	S	S			125,5		S	69	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE
1	69	88915.0	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Includo eventuale, relativo, distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			371,9	S		69	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88919.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Includo eventuale, relativo, distretto vascolare e SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita <b>a completamento e in sostituzione</b> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	N	S			347,5		S	69	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA
1	69	8891C.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Includo : relativo distretto vascolare e ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	N	S			231,1		S	69	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto
1	69	88925.1	RM (cine-rm) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione e sostituzione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	N	S			419,9	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	69	88956.1	RM del pene senza e con contrasto e con integrazione di ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	N	S			371,9	S		69	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE
1	69	88751.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Includo: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		S	S			32	S		69	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Includo: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88753.0	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE		S	S			44		S	69	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	69	88791.0	Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo		S	S			28,4	S		69	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
2	70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta	Condizionamento procedure trapiantologiche							S	1800	70	92.24
2	70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive	Per singola seduta							S	300	70	92.24.0
1	70	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC		S	S			32,3	S		70	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC
1	70	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM		S	S			51,6	S		70	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)		S	S			18,1	S		70	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)
1	70	8903.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Visita radioterapica pretrattamento - stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si considera visita radioterapica pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	S	S			20,7	S		70	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	70	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	Consiste nella scelta dei parametri fondamentali del trattamento: bersaglio, dosi, frazionamento, ecc.	S	S			29,6		S	70	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO
1	70	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	Per seduta e per focolaio. La voce Roentgenterapia comprende anche la voce Plesioterapia	S	S			9	S		70	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta
1	70	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			27,1	S		70	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			32,6	S		70	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			64,6	S		70	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			44,8	S		70	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			64,6	S		70	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			96,9	S		70	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato
1	70	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta	Trattamento eseguito con hardware e software dedicati, con le seguenti caratteristiche: -sistema di immobilizzazione riposizionabile (caschi stereotassici riposizionabili con sistema di fissaggio del capo oppure sistemi con cuscini a vuoto d'aria contenuti in body frame stereotassici);	S	S			987,8	S		70	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta
1	70	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive	Ogni seduta successiva	S	S			150		S	70	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive
1	70	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			200		S	70	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO
1	70	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	Per seduta e per focolaio trattato. Per "continuità" in questa prestazione si intende quella geometrica e non anatomica. Ad esempio: le catene linfonodali spinali del collo, se vengono trattate bilateralmente con due campi di elettroni, costituiscono due focolai	S	S			48	S		70	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI
1	70	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI / TSEBI)	Per seduta	S	S			1317	S		70	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI / TSEBI)
1	70	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			348,6	S		70	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)
1	70	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE		S	S			546	S		70	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE
1	70	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			179,5	S		70	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)
1	70	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			461	S		70	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)
1	70	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	Per seduta e per focolaio trattato	S	S			64,6	S		70	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO
1	70	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		S	S			84,5	S		70	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq
1	70	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		S	S			17,8	S		70	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi
1	70	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		S	S			225	S		70	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA
1	70	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		S	S			658,5	S		70	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq
1	70	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		S	S			274,4	S		70	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	S	S			1032,9	S		70	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE
1	70	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico (intero trattamento)	La simulazione comporta: 1 - lo studio radioscopico del volume corporeo da irradiare 2 - la determinazione sulla superficie corporea dei punti di repere necessari all'irradiazione; 3 - l'acquisizione delle immagini ritenute necessarie a documentare la tecnica. La specificazione "intero trattamento" deve essere intesa come l'insieme delle terapie eseguite su un definito focolaio: ogni modifica del focolaio considerato (contemplato in numerosi protocolli di trattamento, ad esempio una sovradosa	S	S			67,8	S		70	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico (intero trattamento)
1	70	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)		S	S			122,6	S		70	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)
1	70	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM. In caso di iniezione di mezzo contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)		S	S			161,4	S		70	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM. In caso di iniezione di mezzo contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)
1	70	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.	Si tratta dello studio senza la produzione di mappe isodose; il codice è lo stesso sia che venga effettuato manualmente che con il personal computer o altro sistema semplice. Si deve calcolare una sola volta per ogni studio di un focolaio, quale sia il numero di punti calcolati.	S	S			29,9	S		70	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.
1	70	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	L'esecuzione della prestazione prevede anche il computo della dose assoluta e, quindi, va codificato anche 92.29.4. Si applica il codice 92.29.5 anche in caso di utilizzo RM. Nel caso si utilizzino entrambe le tecniche, entrambe vengono codificate.	x	S			113	S		70	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)
1	70	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO. Controllo fisico della ripetibilità del trattamento..	E' compreso in questo gruppo ogni singolo gruppo di misura di dosimetria in vivo	S	S			14	S		70	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO. Controllo fisico della ripetibilità del trattamento..
1	70	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	Va codificato ogni singolo schermo confezionato, esclusi gli schermi standard. In questa voce viene compreso l'uso dei collimatori "multilift", codificando ogni distinta conformazione utilizzata nel corso del trattamento. Per i trattamenti con movimento continuo delle lamelle va codificato uno schermo per ogni posizione discreta utilizzata dal TPS per il calcolo della distribuzione della dose. Il codice va utilizzato per tutti i trattamenti con campi sagomati, da quelli semplici con campi sing	S	S			59,4	S		70	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)
1	70	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)	Si intende qualunque manufatto personalizzato (es. maschere, schiume, sistemi a vuoto spinto) o apparecchiatura graduata che consenta la perfetta immobilizzazione e ripetitività del posizionamento.	S	S			126,8	S		70	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)
1	70	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	E' da codificare ogni singolo filtro confezionato, esclusi i filtri standard. Nella voce è compreso il bolus personalizzato.	S	S			108,6	S		70	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)
1	70	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO. Con apparecchio ecografico (intero trattamento)		S	S			30		S	70	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO. Con apparecchio ecografico (intero trattamento)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	92.30.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE		S	S			250		S	70	92.30.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE
1	70	92.30.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC		S	S			1250		S	70	92.30.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC
1	70	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	Lo studio dosimetrico viene eseguito su sezioni corporee ottenute mediante pantografi, profilatori meccanici od ottici	S	S			71,3		S	70	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE
1	70	92.31.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica		S	S			350		S	70	92.31.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica
1	70	92.31.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia		S	S			104		S	70	92.31.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia
1	70	92.31.3	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per brachiterapia 3D		S	S			200		S	70	92.31.3	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per brachiterapia 3D
1	70	92.31.4	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale		S	S			250		S	70	92.31.4	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale
1	70	92.40	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA	Comprende tutti gli esami TC eseguiti nel corso del trattamento per la valutazione della risposta o per il controllo del posizionamento (image guided radiotherapy), nonché il controllo finale al termine della RT.	S	S			120		S	70	92.40	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA
1	70	92.40.1	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	S	S			80		S	70	92.40.1	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE
1	70	92.40.2	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	S	S			170		S	70	92.40.2	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA
1	70	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI	Per l'intero trattamento	S	S			200		S	70	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI
1	70	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico	E' compreso in questo gruppo ogni singolo portal film o immagine portale o controllo mediante ultrasuoni o mediante sistemi di tracking ottico ogni volta che vengono effettuati e per ogni campo.	S	S			20		S	70	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico
1	70	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.	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			82,3	S		70	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.
1	70	99.85.1	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO	Per seduta e per focolaio trattato.	S	S			65		S	70	99.85.1	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO
1	70	99.85.2	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE	per seduta e per focolaio trattato escluse operazione di medicazione, di molage e di misura dosimetrica da tariffarsi a parte.	S	S			173		S	70	99.85.2	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE
1	71	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		S	S			59,3	S		71	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)
1	71	8903.04	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - remautologia	Valuazione morfofunzionale delle articolazioni e dell'attività di malattia in paziente reumatico in trattamento con farmaci biotecnologici, raccolta dati anamnestici, monitoraggio terapia, informazione, accoglienza, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico, rilascio piano terapeutico, inserimento dati nell'Archivio Regionale, aggiornamento cartella clinica ambulatoriale e compilazione referto per il MMG.	S	S			20,7	S		71	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	71	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		S	S			11,6	S		71	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -
1	71	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		S	S			11,2		S	71	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA
2	79	93.01.7	COUNSELLING	Attivazione di piano terapeutico nutrizionale complesso							S	57	79	93.01.7
2	79	93.01.8	COUNSELLING	Attivazione di piano dietetico complesso							S	23	79	93.01.8
2	79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE	Finalizzato al trattamento nutrizionale							S	37	79	96.56
2	79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA	Per giornata di terapia, escluso materiale e miscele nutritive							S	8	79	96.61.1

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NED. Prevede una parte teorica e una parte pratica e comprende: - manovre per la pulizia della superficie di appoggio e delle mani; - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di deflussione; - attacco alla sonda di nutrizione enterale e programmazione della nutripompa; - stacco della sacca e pulizia della sonda nutrizionale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'							S	15	79	96.61.2
2	79	99.15.1	NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Per giornata di terapia, escluso materiale e sacche premiscelate							S	22	79	99.15.1
2	79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NPD. Comprende una parte teorica e una parte pratica e in particolare: - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di infusione; - attacco al catetere venoso centrale e inizio dell'infusione della sacca; - programmazione della pompa infusoriale; - stacco della sacca con lavaggio ed eparinizzazione del catetere venoso centrale; - medicazione dell'emergenza cutanea del catetere venoso central							S	19	79	99.15.2
2	79	99.93.8	VALUTAZIONE BROMATOLOGICA DEL DIARIO ALIMENTARE						10,35		S	79	99.93.8	VALUTAZIONE BROMATOLOGICA DEL DIARIO ALIMENTARE
2	79	99.93.9	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO PER GASTROSTOMIA						20		S	79	99.93.9	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO PER GASTROSTOMIA
1	79	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute	Peeling chimico della cute nella revisione dei granulomi peristomali	S	S			8,6	S		79	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	79	8901.30	Visita dietologica di controllo	Visita dietologica di controllo, senza elaborazione del programma nutrizionale, inclusa la revisione della terapia dietetica	S	S			12,9	S		79	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	79	8903.05	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	S	S			20,7	S		79	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
1	79	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	S	S			69,7	S		79	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI
1	79	897.27	, Prima visita dietologa	Visita dietologica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - anamnesi clinica e stato di nutrizione - inquadramento diagnostico - esame obiettivo - valutazione clinica stato di nutrizione - elaborazione programma nutrizionale - programmazione follow-up e stesura relazione	S	S			20,7	S		79	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazioni e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	79	99.93	Terapia dietetica	Valutazione dietistica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - compilazione cartella dietetica - rilevazione dati antropometrici - anamnesi alimentare pregressa e attuale - valutazione gusti/preferenze/abitudini alimentari - stesura programma nutrizionale con alimenti naturali e/o artificiali - calcolo, elaborazione ed esposizione al paziente del programma nutrizionale personalizzato	S	S			11,9		S	79	99.93	TERAPIA DIETETICA
1	79	99.93.1	Controllo terapia dietetica	Valutazione dietistica di controllo finalizzata a: - stesura di programma nutrizionale, incluso il controllo terapia dietetica - rilevazione e calcolo dell'anamnesi alimentare - per bilancio (idrico, azotato, salino) o tramite food meter o programmi analoghi	S	S			9		S	79	99.93.1	CONTROLLO TERAPIA DIETETICA
1	79	99.93.2	Valutazione della composizione corporea/stato nutrizionale (antropometria, psicometria o Hand-grip)		S	S			9		S	79	99.93.2	Valutazione della composizione corporea/stato nutrizionale (antropometria, psicometria o Hand-grip)
1	79	99.93.3	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodica BIA (Impedenzometria)	Puo' essere eseguita con metodica in mono o multifrequenza, quest'ultima fornisce risultati piu' specifici e predittivi	S	S			14,9		S	79	99.93.3	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodica BIA (Impedenzometria)
1	79	99.93.4	POSIZIONAMENTO SONDA NASO-ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE	Verifica del corretto posizionamento con metodo diretto (insufflazione di aria nello stomaco) o controllo radiografico in casi dubbi. In caso di introduzione post-pilorica (durante manovra in brillanza o endoscopia) e' d'obbligo il controllo Rx addome (codifica 89.19)	S	S			9		S	79	99.93.4	POSIZIONAMENTO SONDA NASO-ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE
1	79	99.93.5	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	Per manovre di riparazione e/o disostruzione. Per riparazione si intende la sostituzione di parti lesionate con apposito kit di riparazione (parte esterna del catetere). La disostruzione puo' essere effettuata con somministrazione diretta di alcool, farmaci proteolitici, guida angiografica sotto controllo fluoroscopico	S	S			17,9		S	79	99.93.5	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE
1	79	99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA		S	S			4,5		S	79	99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA
1	79	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Sostituzione di parti lesionate con appositi kit di riparazione. Disostruzione con somministrazione di acqua e/o aria con siringa di grosso calibro o con farmaci proteolitici.	S	S			8,95		S	79	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA
2	81	8905.0	Visita C.A.S.	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per le prestazioni di accoglienza del paziente nei programmi di cure palliative dove vengono effettuate le stesse attività di raccolta dati, informazione, accoglienza, indirizzo e supporto, coordinamento delle diverse figure professionali							S	40	81	89.05
2	81	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Tale prestazione è da utilizzarsi in caso di attivazione del Gic di cure palliative da parte del medico di cure palliative indipendentemente dalla segnalazione del Cas							S	47	81	89.07

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	81	93.01.7	COUNSELLING	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dal medico di cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilita' per i quali vengono progettati piani terapeutici e sedute di counselling individualizzati con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera.							S	57	81	93.01.7
2	81	93.01.8	COUNSELLING	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dall' infermiere delle cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilita' per i quali vengono progettati piani assistenziali con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera							S	23	81	93.01.8
1	81	8901.43	Visita di controllo cure palliative		S	S			12,9	S		81	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	81	897.39	VISITA PER CURE PALLIATIVE. Prima visita		S	S			20,7	S		81	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
2	82	99.92.1	MET (alta complessita')	A: Accesso invasivo alle vie aeree e/o fibroscopia e/o disostruzione delle vie aeree (cannula naso/oro faringea, altre manovre)e/oB: Ventilazione meccanica invasiva e/o Ventilazione con Ambu e/o NIV e/o CPAP e/o Maschera Reservoir e/o Maschera di Venturi FiO2 >40%e/oC: RCP iniziata o proseguita dal Team MET e/o pacing e/o cardioversione elettrica o farmacologica e/o necessita' di amine e/o posizionamento di CVC e/o emotrasfusione e/o bolo di liquidi >1000ml e/oProcedure di immobilizzazione del tr					50		S	82	99.92.1	MET (alta complessita')
2	82	99.92.2	MET (bassa complessita')	A: aspirazione del cavo oralee/oB: Cannule nasali e/o Maschera di Venturi FiO2 <40%e/oC: accesso venoso periferico e/o prelievi ematici e/o EGA e/o bolo di liquidi <1000ml					30		S	82	99.92.2	MET (bassa complessita')
1	82	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento		S	S			103,3	S		82	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento
1	82	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		S	S			51,7	S		82	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
1	82	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento		S	S			15,5	S		82	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento
1	82	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		S	S			77,5	S		82	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
1	82	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		S	S			184,7	S		82	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -
1	82	8901.31	Visita di controllo Anestesia		S	S			12,9	S		82	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	82	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento del singolo distretto	S	S	S	10	3,1	S		82	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)
1	82	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta	La prestazione si riferisce a patologie trattabili ambulatorialmente e prevede 60 minuti per seduta.	S	S			82,6	S		82	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	82	94.32	IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia		S	S			15,5	S		82	94.32	IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia
1	82	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	S	S	S	10	6,7	S		82	99.29.7	MESOTERAPIA -
1	82	99.91	Agopuntura per anestesia		S	S			9,7	S		82	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA -
1	82	99.92	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso:quella con moxa revulsivante (93.35.1)		S	S			8,5	S		82	99.92	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso:quella con moxa revulsivante (93.35.1)
2	85	8903.06	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano diabetologico	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.							S	21	85	89.03
2	85	8905.0	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE	primo approccio presso il Centro di Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.							S	40	85	89.05
2	85	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO, indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO.					46,5	S		85	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
2	85	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.							S	11	85	94.42.2
2	91	99.50	Relazione psicologica per autorità giudiziaria (che richieda tempo di stesura superiore a 60 minuti)						50		S	91	99.50	Relazione psicologica per autorità giudiziaria (che richieda tempo di stesura superiore a 60 minuti)
2	91	99.51	Relazione psicologica per paziente, servizi sanitari, servizi socio-assistenziali, compilazione ICF, certificazioni scolastiche e al. (che richieda tempo di stesura superiore a 60 minuti)						22		S	91	99.51	Relazione psicologica per paziente, servizi sanitari, servizi socio-assistenziali, compilazione ICF, certificazioni scolastiche e al. (che richieda tempo di stesura superiore a 60 minuti)
2	91	99.52	Consulenza o valutazione psicologico- clinica multiprofessionale con altri specialisti e/o operatori per confronto, programmazione e monitoraggio degli interventi						22		S	91	99.52	Consulenza o valutazione psicologico- clinica multiprofessionale con altri specialisti e/o operatori per confronto, programmazione e monitoraggio degli interventi
2	98	91.50.1	LIQUOR: ESAME CHIMICO FISICO E MORFOLOGICO						4		S	98	91.50.1	LIQUOR : ESAME CHIMICO FISICO E MORFOLOGICO
2	98	91.50.2	LIQUOR: ALBUMINA (Nefelometria, Turbidimetria)						5,2		S	98	91.50.2	LIQUOR : ALBUMINA (Nefelometria, Turbidimetria)
2	98	91.50.3	LIQUOR: GLUCOSIO						1,3		S	98	91.50.3	LIQUOR : GLUCOSIO
2	98	91.50.5	LIQUOR: PROTEINE						1,25		S	98	91.50.5	LIQUOR : PROTEINE
2	98	91.50.6	LIQUOR: LDH						1,25		S	98	91.50.6	LIQUOR : LDH
2	98	91.50.8	LIQUOR: TRANSFERRINA						5,2		S	98	91.50.8	LIQUOR : TRANSFERRINA
2	98	91.50.8	LIQUOR: TRANSFERRINA								S			
2	98	91504.0	LIQUOR: ELETTROLITI [Na]						1,25		S	98	91.50.4	LIQUOR : ELETTROLITI [Na, K, Cl] Ciascuno
2	98	91504.1	LIQUOR: ELETTROLITI [K]						1,25		S	98	91.50.4	LIQUOR : ELETTROLITI [Na, K, Cl] Ciascuno
2	98	91504.2	LIQUOR: ELETTROLITI [Cl]								S	1	98	91.50.4
2	98	91507.0	LIQUOR: IgA						5,85		S	98	91.50.7	LIQUOR : IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
2	98	91507.1	LIQUOR: IgG						5,85		S	98	91.50.7	LIQUOR : IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
2	98	91507.2	LIQUOR: IgM						5,85		S	98	91.50.7	LIQUOR : IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	8901.44	Visita di controllo laboratorio		S	S			12,9	S		98	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	98	897.40	VISITA LABORATORIO. Prima visita		S	S			20,7	S		98	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	98	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]		S	S			20,6	S		98	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]
1	98	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]		S	S			17,1	S		98	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]
1	98	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B		S	S			5,3	S		98	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B
1	98	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -		S	S			11,6	S		98	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -
1	98	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -		S	S			25,8	S		98	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -
1	98	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		S	S			439	S		98	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	99.71.1	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO		S	S			607,6		S	98	99.71.1	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO
1	98	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA		S	S			402,8	S		98	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA
1	98	99.72.1	STAMINOAFERESI		S	S			516,5		S	98	99.72.1	STAMINOAFERESI
1	98	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA		S	S			373,4	S		98	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA
1	98	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE		S	S			43,9	S		98	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE
1	98	99.73.2	SALASSO TERAPEUTICO		S	S			30,4		S	98	99.73.2	SALASSO TERAPEUTICO
1	98	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO		S	S			14,7	S		98	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO
1	98	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)		S	S			10,5	S		98	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)
1	98	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]		S	S			10,6	S		98	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]
1	98	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]		S	S			11,2	S		98	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]
1	98	90.01.5	ACIDI BILIARI		S	S			9	S		98	90.01.5	ACIDI BILIARI
1	98	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)		S	S			15,8	S		98	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.02.2	ACIDO CITRICO		S	S			4,1	S		98	90.02.2	ACIDO CITRICO
1	98	90023.0	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)		S	S			9,5	S		98	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)
1	98	90023.1	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)[U]		S	S			9,5	S		98	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)
1	98	90.02.4	ACIDO IPPURICO		S	S			5,8	S		98	90.02.4	ACIDO IPPURICO
1	98	90.02.5	ACIDO LATTICO		S	S			4,8	S		98	90.02.5	ACIDO LATTICO
1	98	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)		S	S			7	S		98	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)
1	98	90.03.2	ACIDO PIRUVICO		S	S			2,8	S		98	90.03.2	ACIDO PIRUVICO
1	98	90.03.3	ACIDO SIALICO		S	S			12,5	S		98	90.03.3	ACIDO SIALICO
1	98	90.03.4	ACIDO VALPROICO		S	S			10,9	S		98	90.03.4	ACIDO VALPROICO
1	98	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)		S	S			18,5	S		98	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.04.1	ADIURETINA (ADH)		S	S			20,6	S		98	90.04.1	ADIURETINA (ADH)
1	98	90.04.2	CATECOLAMINE [P]		S	S			22,7	S		98	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]
1	98	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA		S	S			4,7	S		98	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA
1	98	90045.0	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S]		S	S			1	S		98	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
1	98	90045.1	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [U]		S	S			1	S		98	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
1	98	90.04.6	CROMOGRANINA A		S	S			30		S	98	90.04.6	CROMOGRANINA A
1	98	90.04.7	METANEFINE FRAZIONATE		S	S			50		S	98	90.04.7	METANEFINE FRAZIONATE
1	98	90051.0	ALBUMINA [S]		S	S			1,4	S		98	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
1	98	90051.1	ALBUMINA [U]		S	S			1,4	S		98	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
1	98	90051.2	ALBUMINA [dU]		S	S			1,4	S		98	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]
1	98	90.05.2	ALDOLASI [S]		S	S			2	S		98	90.05.2	ALDOLASI [S]
1	98	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]		S	S			5,3	S		98	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]
1	98	90055.0	ALFA 1 FETOPROTEINA [S]		S	S			7,4	S		98	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
1	98	90055.1	ALFA 1 FETOPROTEINA [La]		S	S			7,4	S		98	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
1	98	90055.2	ALFA 1 FETOPROTEINA [Alb]		S	S			7,4	S		98	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]
1	98	90.05.6	PREALBUMINA		S	S			6		S	98	90.05.6	PREALBUMINA
1	98	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]		S	S			5,3	S		98	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]
1	98	90062.0	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S]		S	S			5,3	S		98	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90062.1	ALFA 1 MICROGLOBULINA [U]		S	S			5,3	S		98	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA		S	S			5,3	S		98	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA
1	98	90064.0	ALFA AMILASI [S]		S	S			1,8	S		98	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
1	98	90064.1	ALFA AMILASI [U]		S	S			1,8	S		98	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]
1	98	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)		S	S			3,7	S		98	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)
1	98	90071.0	ALLUMINIO [S]		S	S			8,2	S		98	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]
1	98	90071.1	ALLUMINIO [U]		S	S			8,2	S		98	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]
1	98	90072.0	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90072.1	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [U]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90072.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [Sg]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90072.3	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [P]		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90073.0	AMINOACIDI TOTALI [S]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90073.1	AMINOACIDI TOTALI [U]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90073.2	AMINOACIDI TOTALI [Sg]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90073.3	AMINOACIDI TOTALI [P]		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	98	90.07.4	AMITRIPTILINA		S	S			7,9	S		98	90.07.4	AMITRIPTILINA
1	98	90.07.5	AMMONIO [P]		S	S			6,4	S		98	90.07.5	AMMONIO [P]
1	98	90.07.6	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)		S	S			10		S	98	90.07.6	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)
1	98	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC-Cromatografia liquida)		S	S			30		S	98	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]		S	S			14,6	S		98	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]
1	98	90.08.2	ANGIOTENSINA II		S	S			12,5	S		98	90.08.2	ANGIOTENSINA II
1	98	90083.0	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi		S	S			8,9	S		98	90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.
1	98	90083.1	ANTIBIOTICI - Vancomicina (o glicopeptidi?)		S	S			8,9	S		98	90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.
1	98	90.08.4	APOLIPOPROTEINA A		S	S			5,3	S		98	90.08.4	APOLIPOPROTEINA AP1.
1	98	90.08.6	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE		S	S			4,7		S	98	90.08.6	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE
1	98	90.09.1	APTOGLOBINA		S	S			5,3	S		98	90.09.1	APTOGLOBINA
1	98	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]		S	S			1	S		98	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.09.3	BARBITURICI		S	S			7,4	S		98	90.09.3	BARBITURICI
1	98	90.09.4	BENZODIAZEPINE		S	S			10,3	S		98	90.09.4	BENZODIAZEPINE
1	98	90.09.5	BENZOLO		S	S			8,3	S		98	90.09.5	BENZOLO
1	98	90101.0	BETA2 MICROGLOBULINA [S]		S	S			5,3	S		98	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90101.1	BETA2 MICROGLOBULINA [U]		S	S			5,3	S		98	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]
1	98	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)		S	S			0,5	S		98	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)
1	98	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)		S	S			0,9	S		98	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)
1	98	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE		S	S			1,1	S		98	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE
1	98	90.10.5	BILIRUBINA FRAZIONATA		S	S			1,4	S		98	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA
1	98	90.10.6	BIOTINIDASI		S	S			12,7		S	98	90.10.6	BIOTINIDASI
1	98	90.11.1	C PEPTIDE		S	S			12,1	S		98	90.11.1	C PEPTIDE
1	98	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 )		S	S			50,7	S		98	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 )
1	98	90113.0	CADMIO		S	S			8,2	S		98	90.11.3	CADMIO
1	98	90113.1	CADMIO [dU]		S	S			8,2	S		98	90.11.3	CADMIO
1	98	90114.0	CALCIO TOTALE [S]		S	S			1,1	S		98	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
1	98	90114.1	CALCIO TOTALE [U]		S	S			1,1	S		98	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
1	98	90114.2	CALCIO TOTALE [dU]		S	S			1,1	S		98	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]
1	98	90.11.5	CALCITONINA		S	S			14,4	S		98	90.11.5	CALCITONINA
1	98	90.11.6	CALCIO IONIZZATO		S	S			6,3		S	98	90.11.6	CALCIO IONIZZATO
1	98	90.12.1	CALCOLI BILIARI (Ricerca semiquantitativa)		S	S			8,5	S		98	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)
1	98	90122.0	CALCOLI BILIARI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		S	S			4,6	S		98	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)
1	98	90122.1	CALCOLI URINARI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		S	S			4,6	S		98	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)
1	98	90.12.3	CARBAMAZEPINA		S	S			12	S		98	90.12.3	CARBAMAZEPINA
1	98	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE		S	S			11,3	S		98	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE
1	98	90.12.5	CERULOPLASMINA		S	S			5,3	S		98	90.12.5	CERULOPLASMINA
1	98	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]		S	S			4,9	S		98	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]
1	98	90132.0	CICLOSPORINA	Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	S	S			14,6	S		98	90.13.2	CICLOSPORINA
1	98	90132.1	OXCARBAMAZEPINA	Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	S	S			14,6	S		98	90.13.2	CICLOSPORINA
1	98	90133.0	CLORURO [S]		S	S			1,1	S		98	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
1	98	90133.1	CLORURO [U]		S	S			1,1	S		98	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
1	98	90133.2	CLORURO [dU]		S	S			1,1	S		98	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]
1	98	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)		S	S			9	S		98	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)
1	98	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]		S	S			7,3	S		98	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]
1	98	90.14.1	COLESTEROLO HDL		S	S			1,4	S		98	90.14.1	COLESTEROLO HDL
1	98	90.14.2	COLESTEROLO LDL		S	S			0,7	S		98	90.14.2	COLESTEROLO LDL
1	98	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		S	S			1	S		98	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE
1	98	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)		S	S			1,4	S		98	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)
1	98	90.14.5	COPROPORFIRINE		S	S			5,8	S		98	90.14.5	COPROPORFIRINE
1	98	90.15.1	CORPI CHETONICI		S	S			0,5	S		98	90.15.1	CORPI CHETONICI
1	98	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]		S	S			18,5	S		98	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]
1	98	90153.0	CORTISOLO [S]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
1	98	90153.1	CORTISOLO [U]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
1	98	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)		S	S			1,4	S		98	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)
1	98	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)		S	S			4,2	S		98	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)
1	98	90.15.6	CORTICOSTEROIDI : ALTRI		S	S			12,6		S	98	90.15.6	CORTICOSTEROIDI : ALTRI
1	98	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI		S	S			2,6	S		98	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI
1	98	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME		S	S			11,3	S		98	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME
1	98	90163.0	CREATININA [S]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.1	CREATININA [U]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.2	CREATININA [dU]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.3	CREATININA [La]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.4	CREATINA		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.5	CREATINA [U]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90.16.4	CREATININA CLEARANCE		S	S			1,6	S		98	90.16.4	CREATININA CLEARANCE
1	98	90.16.5	CROMO		S	S			8,2	S		98	90.16.5	CROMO
1	98	90.16.6	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)		S	S			7,6		S	98	90.16.6	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)
1	98	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)		S	S			9,3	S		98	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)
1	98	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)		S	S			15,6	S		98	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)
1	98	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE		S	S			13	S		98	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE
1	98	90.17.4	DESIPRAMINA		S	S			7,9	S		98	90.17.4	DESIPRAMINA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)		S	S			20,6	S		98	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)
1	98	90181.0	DOPAMINA [S]		S	S			15,6	S		98	90.18.1	DOPAMINA [S/U]
1	98	90181.1	DOPAMINA [U]		S	S			15,6	S		98	90.18.1	DOPAMINA [S/U]
1	98	90.18.2	DOXEPINA		S	S			6,6	S		98	90.18.2	DOXEPINA
1	98	90183.0	DROGHE D'ABUSO - LSD		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.1	DROGHE D'ABUSO - LSD [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.2	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.3	DROGHE D'ABUSO - Oppiacei		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.4	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.5	DROGHE D'ABUSO - Oppiacei [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.6	DROGHE D'ABUSO - Caffeina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.7	DROGHE D'ABUSO - Fenilclidina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.8	DROGHE D'ABUSO - Cannabinoidi		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.9	DROGHE D'ABUSO - Fenilclidina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.10	DROGHE D'ABUSO - Cannabinoidi [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.11	DROGHE D'ABUSO - Propossifene		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.12	DROGHE D'ABUSO - Cocaina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.13	DROGHE D'ABUSO - Nicotina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.14	DROGHE D'ABUSO - Cocaina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.15	DROGHE D'ABUSO - Nicotina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.16	DROGHE D'ABUSO - Eroina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.17	DROGHE D'ABUSO - Eroina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.18	DROGHE D'ABUSO - Antidepressivi tricyclici [S]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.19	DROGHE D'ABUSO - Antidepressivi tricyclici [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.20	DROGHE D'ABUSO - Metadone		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.21	DROGHE D'ABUSO - Metadone [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90183.22	DROGHE D'ABUSO - Ketamina		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90183.23	DROGHE D'ABUSO - Ketamina [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffeina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilclidina, Propossifene, Nicotina.
1	98	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)		S	S			16,6	S		98	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)
1	98	90.18.5	ERITROPOIETINA		S	S			20,7	S		98	90.18.5	ERITROPOIETINA
1	98	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)		S	S			7,1		S	98	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)
1	98	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)		S	S			29,9		S	98	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)
1	98	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico		S	S			50		S	98	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico
1	98	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI		S	S			4,9	S		98	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI
1	98	90192.0	ESTRADIOLO (E2) [S]		S	S			9,1	S		98	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]
1	98	90192.1	ESTRADIOLO (E2) [U]		S	S			9,1	S		98	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]
1	98	90193.0	ESTRIOLO (E3) [S]		S	S			6,9	S		98	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]
1	98	90193.1	ESTRIOLO (E3) [U]		S	S			6,9	S		98	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]
1	98	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO		S	S			8,3	S		98	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO
1	98	90.19.5	ESTRONE (E1)		S	S			15	S		98	90.19.5	ESTRONE (E1)
1	98	90.19.6	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)		S	S			22		S	98	90.19.6	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)
1	98	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)		S	S			7,1		S	98	90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)
1	98	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S))		S	S			22		S	98	90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S))
1	98	90.19.C	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico		S	S			29,9		S	98	90.19.C	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico
1	98	90.20.1	ETANOLO		S	S			6,8	S		98	90.20.1	ETANOLO
1	98	90.20.2	ETOSUCCIMIDE		S	S			10,6	S		98	90.20.2	ETOSUCCIMIDE
1	98	90203.0	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90203.1	FARMACI ANTIARITMICI - Disopiramide		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90203.2	FARMACI ANTIARITMICI - Lidocaina		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90203.3	FARMACI ANTIARITMICI - Procainamide		S	S			10,6	S		98	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.
1	98	90204.0	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene		S	S			8,8	S		98	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.
1	98	90204.1	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Paracetamolo		S	S			8,8	S		98	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.
1	98	90204.2	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Salicilati		S	S			8,8	S		98	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.
1	98	90205.0	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide		S	S			11,4	S		98	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.
1	98	90205.1	FARMACI ANTITUMORALI - Metotressato		S	S			11,4	S		98	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.
1	98	90.20.6	FENOBARBITAL		S	S			13,1		S	98	90.20.6	FENOBARBITAL
1	98	90.20.7	FARMACI : ALTRI		S	S			13,1		S	98	90.20.7	FARMACI : ALTRI
1	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90211.0	DIGOSSINA		S	S			10	S		98	90.21.1	FARMACI DIGITALICI
1	98	90211.1	DIGITOSSINA		S	S			10	S		98	90.21.1	FARMACI DIGITALICI
1	98	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE		S	S			24,7	S		98	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE
1	98	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)		S	S			6,1	S		98	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)
1	98	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO		S	S			3,5	S		98	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO
1	98	90.21.5	FENILALANINA		S	S			3,1	S		98	90.21.5	FENILALANINA
1	98	90.21.6	FECI : DOSAGGIO GRASSI		S	S			12,8		S	98	90.21.6	FECI : DOSAGGIO GRASSI
1	98	90.21.7	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI		S	S			4,6		S	98	90.21.7	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI
1	98	90.21.8	FECI : POTERE TRIPTICO		S	S			4,6		S	98	90.21.8	FECI : POTERE TRIPTICO
1	98	90.21.9	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI		S	S			25,9		S	98	90.21.9	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI
1	98	90.21.A	ELASTASI FECALE		S	S			20		S	98	90.21.A	ELASTASI FECALE
1	98	90.21.B	BNP	La voce si applica anche per PRO-BNP.	S	S			25		S	98	90.21.B	BNP
1	98	90.22.1	FENITOINA		S	S			10,7	S		98	90.22.1	FENITOINA
1	98	90.22.2	FENOLO [U]		S	S			3,2	S		98	90.22.2	FENOLO [U]
1	98	90223.0	FERRITINA [P]		S	S			6,4	S		98	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
1	98	90223.1	FERRITINA [(Sg)Er]		S	S			6,4	S		98	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]
1	98	90.22.4	FERRO [dU]		S	S			4,8	S		98	90.22.4	FERRO [dU]
1	98	90.22.5	FERRO [S]		S	S			1,1	S		98	90.22.5	FERRO [S]
1	98	90231.0	FLUORO		S	S			5,6	S		98	90.23.1	FLUORO
1	98	90231.1	FLUORO [U]		S	S			5,6	S		98	90.23.1	FLUORO
1	98	90232.0	FOLATO [S]		S	S			6,4	S		98	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
1	98	90232.1	FOLATO [(Sg)Er]		S	S			6,4	S		98	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]
1	98	90233.0	FOLLITROPINA (FSH) [S]		S	S			6,2	S		98	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90233.1	FOLLITROPINA (FSH) [U]		S	S			6,2	S		98	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]
1	98	90.23.4	FOSFATASI ACIDA		S	S			1,7	S		98	90.23.4	FOSFATASI ACIDA
1	98	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		S	S			1	S		98	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA
1	98	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO		S	S			12,3	S		98	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO
1	98	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)		S	S			10,2	S		98	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)
1	98	90243.0	FOSFATO INORGANICO [S]		S	S			1,5	S		98	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]
1	98	90243.1	FOSFATO INORGANICO [U]		S	S			1,5	S		98	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]
1	98	90243.2	FOSFATO INORGANICO [dU]		S	S			1,5	S		98	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]
1	98	90.24.4	FOSFOESOSIOMERASI (PHI)		S	S			1	S		98	90.24.4	FOSFOESOSIOMERASI (PHI)
1	98	90.24.5	FOSFORO		S	S			1,5	S		98	90.24.5	FOSFORO
1	98	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]		S	S			2,2	S		98	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]
1	98	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]		S	S			7,4	S		98	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]
1	98	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)		S	S			12,5	S		98	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)
1	98	90254.0	GALATTOSIO [S]		S	S			3,8	S		98	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]
1	98	90254.1	GALATTOSIO [U]		S	S			3,8	S		98	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]
1	98	90255.0	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S]		S	S			1,1	S		98	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
1	98	90255.1	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [U]		S	S			1,1	S		98	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]
1	98	90.26.1	GASTRINA [S]		S	S			14,1	S		98	90.26.1	GASTRINA [S]
1	98	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)		S	S			6,7	S		98	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)
1	98	90.26.3	GLUCAGONE [S]		S	S			8,2	S		98	90.26.3	GLUCAGONE [S]
1	98	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)		S	S			2,4	S		98	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)
1	98	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)		S	S			3,3	S		98	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)
1	98	90271.0	GLUCOSIO [S]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.1	GLUCOSIO [P]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.2	GLUCOSIO [U]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.3	GLUCOSIO [dU]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90271.4	GLUCOSIO [La]		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
1	98	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]		S	S			7,2	S		98	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]
1	98	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]		S	S			6	S		98	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]
1	98	90274.0	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S]		S	S			11,5	S		98	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]
1	98	90274.1	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [U]		S	S			11,5	S		98	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]
1	98	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)		S	S			10	S		98	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)
1	98	90.27.6	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)		S	S			12		S	98	90.27.6	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)
1	98	90.27.7	Inibina A (InhA)		S	S			20		S	98	90.27.7	Inibina A (InhA)
1	98	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA		S	S			7,4	S		98	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA
1	98	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]		S	S			16	S		98	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]
1	98	90.28.3	IMIPRAMINA		S	S			14,1	S		98	90.28.3	IMIPRAMINA
1	98	90284.0	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S]		S	S			10,6	S		98	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]
1	98	90284.1	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [U]		S	S			10,6	S		98	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]
1	98	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)		S	S			27,8	S		98	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)
1	98	90.29.1	INSULINA [S]		S	S			8,7	S		98	90.29.1	INSULINA [S]
1	98	90292.0	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S]		S	S			1,1	S		98	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
1	98	90292.1	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [F]		S	S			1,1	S		98	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
1	98	90.29.3	LATTE MULIERBE		S	S			3,6	S		98	90.29.3	LATTE MULIERBE
1	98	90294.0	LATTOSIO [U]		S	S			3,4	S		98	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]
1	98	90294.1	LATTOSIO [Ls]		S	S			3,4	S		98	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]
1	98	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]		S	S			2,5	S		98	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]
1	98	90.29.6	LEUCOTRIENI		S	S			18,5		S	98	90.29.6	LEUCOTRIENI
1	98	90.29.7	LEPTINA		S	S			30		S	98	90.29.7	LEPTINA
1	98	90.30.1	LEVODOPA		S	S			7,9	S		98	90.30.1	LEVODOPA
1	98	90.30.2	LIPASI [S]		S	S			2,6	S		98	90.30.2	LIPASI [S]
1	98	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)		S	S			12,3	S		98	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)
1	98	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		S	S			5,9	S		98	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
1	98	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI		S	S			1,1	S		98	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI
1	98	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)		S	S			10,2	S		98	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)
1	98	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA		S	S			15,9	S		98	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA
1	98	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS		S	S			0,9	S		98	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS
1	98	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'		S	S			5,1	S		98	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'
1	98	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'		S	S			8,1	S		98	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		S	S			3,5	S		98	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
1	98	90.32.2	LITIO [P]		S	S			3,5	S		98	90.32.2	LITIO [P]
1	98	90323.0	LUTEOTROPINA (LH) [S]		S	S			7,2	S		98	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]
1	98	90323.1	LUTEOTROPINA (LH) [U]		S	S			7,2	S		98	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]
1	98	90324.0	LUTEOTROPINA (LH) Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )		S	S			39,1	S		98	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )
1	98	90324.1	FOLLITROPINA (FSH) Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )		S	S			39,1	S		98	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )
1	98	90325.0	MAGNESIO TOTALE [S]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90325.1	MAGNESIO TOTALE [U]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90325.2	MAGNESIO TOTALE [dU]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90325.3	MAGNESIO TOTALE [(Sg)Er]		S	S			1,5	S		98	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90.33.1	MANGANESE [S]		S	S			5,6	S		98	90.33.1	MANGANESE [S]
1	98	90.33.2	MEPROBAMATO		S	S			8,6	S		98	90.33.2	MEPROBAMATO
1	98	90.33.3	MERCURIO		S	S			8,2	S		98	90.33.3	MERCURIO
1	98	90334.0	MICROALBUMINURIA		S	S			4,1	S		98	90.33.4	MICROALBUMINURIA
1	98	90334.1	MICROALBUMINURIA [dU]		S	S			4,1	S		98	90.33.4	MICROALBUMINURIA
1	98	90335.0	MIOGLOBINA [S]		S	S			6,9	S		98	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]
1	98	90335.1	MIOGLOBINA [U]		S	S			6,9	S		98	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]
1	98	90.33.6	MARKER TUMORALI: ALTRI		S	S			12,5		S	98	90.33.6	MARKER TUMORALI :ALTRI
1	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90.33.8	MARKERS DI TURNOVER OSSEO: ALTRI		S	S			25		S	98	90.33.8	MARKERS DI TURNOVER OSSEO : ALTRI
1	98	90.33.9	IGF-BP3		S	S			15		S	98	90.33.9	IGF-BP3
1	98	90.33.A	CALPROTECTINA FECALE		S	S			25		S	98	90.33.A	calprotectina fecale
1	98	90.34.1	NEOPTERINA		S	S			11,1	S		98	90.34.1	NEOPTERINA
1	98	90342.0	NICHEL		S	S			9,1	S		98	90.34.2	NICHEL
1	98	90342.1	NICHEL [Du]		S	S			9,1	S		98	90.34.2	NICHEL
1	98	90.34.3	NORTRIPTILINA		S	S			5,5	S		98	90.34.3	NORTRIPTILINA
1	98	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO		S	S			6,2	S		98	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]		S	S			10,9	S		98	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]
1	98	90346.0	OSMOLALITA' [P]		S	S			4,1		S	98	90.34.6	OSMOLALITA' [P/U]
1	98	90346.1	OSMOLALITA' [U]		S	S			4,1		S	98	90.34.6	OSMOLALITA' [P/U]
1	98	90351.0	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P]		S	S			10,5	S		98	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]
1	98	90351.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [U]		S	S			10,5	S		98	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]
1	98	90352.0	17 OH-P: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.1	FSH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.2	LH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.3	TSH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.4	ACTH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.5	CORTISOLO: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90352.6	GH: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 )		S	S			41,1	S		98	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo ( 5 ) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)
1	98	90.35.3	OSSALATI [U]		S	S			6,3	S		98	90.35.3	OSSALATI [U]
1	98	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)		S	S			27,2	S		98	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)
1	98	90355.0	PARATORMONE (PTH) [S]		S	S			18,9	S		98	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
1	98	90355.1	PROCALCITONINA [S]		S	S			18,9	S		98	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]
1	98	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]		S	S			5,6	S		98	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]
1	98	90.36.2	pH EMATICO		S	S			5,2	S		98	90.36.2	pH EMATICO
1	98	90363.0	PIOMBO [S]		S	S			18,2	S		98	90.36.3	PIOMBO [S/U]
1	98	90363.1	PIOMBO [U]		S	S			18,2	S		98	90.36.3	PIOMBO [S/U]
1	98	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]		S	S			8,5	S		98	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]
1	98	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)		S	S			7,3	S		98	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)
1	98	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)		S	S			13,2	S		98	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)
1	98	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]		S	S			5,9	S		98	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]
1	98	90.37.3	POST COITAL TEST		S	S			17,6	S		98	90.37.3	POST COITAL TEST
1	98	90374.0	POTASSIO [S]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90374.1	POTASSIO [U]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90374.2	POTASSIO [dU]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90374.3	POTASSIO [(Sg)Er]		S	S			1	S		98	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90.37.5	PRIMIDONE		S	S			10,6	S		98	90.37.5	PRIMIDONE
1	98	90.38.1	PROGESTERONE [S]		S	S			9,1	S		98	90.38.1	PROGESTERONE [S]
1	98	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]		S	S			7,1	S		98	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]
1	98	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )		S	S			19,7	S		98	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		S	S			4,2	S		98	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.
1	98	90385.0	PROTEINE [S]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90385.1	PROTEINE [U]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90385.2	PROTEINE [dU]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90385.3	PROTEINE [La]		S	S			1,1	S		98	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]
1	98	90.38.6	PROSTAGLANDINE		S	S			18,5		S	98	90.38.6	PROSTAGLANDINE
1	98	90.38.7	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO		S	S			12,8		S	98	90.38.7	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO
1	98	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		S	S			4,2	S		98	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.
1	98	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA		S	S			7,6	S		98	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA
1	98	90393.0	PURINE E LORO METABOLITI		S	S			10,4	S		98	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI
1	98	90393.1	PURINE E LORO METABOLITI [U]		S	S			10,4	S		98	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI
1	98	90394.0	RAME [S]		S	S			4,7	S		98	90.39.4	RAME [S/U]
1	98	90394.1	RAME [U]		S	S			4,7	S		98	90.39.4	RAME [S/U]
1	98	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI		S	S			19,1	S		98	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI
1	98	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE		S	S			15,8	S		98	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE
1	98	90.40.2	RENINA [P]		S	S			23,2	S		98	90.40.2	RENINA [P]
1	98	90.40.3	SELENIO		S	S			6,2	S		98	90.40.3	SELENIO
1	98	90404.0	SODIO [S]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90404.1	SODIO [U]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90404.2	SODIO [dU]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90404.3	SODIO [(Sg)Er]		S	S			1	S		98	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]
1	98	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO		S	S			4,2	S		98	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO
1	98	90406.0	SEROTONINA [S]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90406.1	SEROTONINA [P]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90406.2	SEROTONINA [Ps]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90406.3	SEROTONINA [U]		S	S			18,8		S	98	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]
1	98	90.40.7	SOLFATI		S	S			6,3		S	98	90.40.7	SOLFATI
1	98	90.40.8	SOMATOMEDINA		S	S			15		S	98	90.40.8	SOMATOMEDINA
1	98	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na <sup>+</sup> e K <sup>+</sup> )		S	S			9,9	S		98	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na <sup>+</sup> e K <sup>+</sup> )
1	98	90.41.2	TEOFILLINA		S	S			12,4	S		98	90.41.2	TEOFILLINA
1	98	90413.0	TESTOSTERONE [P]		S	S			9,8	S		98	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]
1	98	90413.1	TESTOSTERONE [U]		S	S			9,8	S		98	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]
1	98	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO		S	S			14,2	S		98	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO
1	98	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)		S	S			13,3	S		98	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)
1	98	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)		S	S			5,5	S		98	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)
1	98	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )		S	S			16,3	S		98	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )
1	98	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)		S	S			6,4	S		98	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)
1	98	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)		S	S			3,6	S		98	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleghante)
1	98	90.42.5	TRANSFERRINA [S]		S	S			4,8	S		98	90.42.5	TRANSFERRINA [S]
1	98	90.42.6	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT		S	S			18,5		S	98	90.42.6	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT
1	98	90.42.7	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT		S	S			18,5		S	98	90.42.7	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT
1	98	90.42.8	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA		S	S			15		S	98	90.42.8	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA
1	98	90.42.9	TSH Reflex (TSH -R)	Applicazione D.G.R. n° 21-9688 del 30/09/2008 "Appropriatezza prescrittiva" Prestazione non associabile a: FT4 (90.42.3), FT3 (90.43.3), TSH (90.42.1), AbTg (90.54.4), AbTPO (90.51.4). Il TSH-R è da richiedersi solo nel sospetto di disfunzione tiroidea ( patologia non ancora accertata ). Il TSH-R non deve quindi essere richiesto nel caso di pazienti con patologia tiroidea nota ( e in trattamento ). Non è inoltre indicato per il monitoraggio della funzione tiroidee in gravidanza e in età pediatrica.	S	S			10		S	98	90.42.9	TSH Reflex (TSH -R)
1	98	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).	La tariffa è comprensiva di tutti e tre i dosaggi	S	S			23,3	S		98	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).
1	98	90.43.2	TRIGLICERIDI		S	S			1,2	S		98	90.43.2	TRIGLICERIDI
1	98	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)		S	S			6,4	S		98	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)
1	98	90434.0	TRIPSINA [S]		S	S			9,5	S		98	90.43.4	TRIPSINA [S/U]
1	98	90434.1	TRIPSINA [U]		S	S			9,5	S		98	90.43.4	TRIPSINA [S/U]
1	98	90435.0	URATO [S]		S	S			1,1	S		98	90.43.5	URATO [S/U/dU]
1	98	90435.1	URATO [U]		S	S			1,1	S		98	90.43.5	URATO [S/U/dU]
1	98	90435.2	URATO [dU]		S	S			1,1	S		98	90.43.5	URATO [S/U/dU]
1	98	90.43.6	TEST COMBINATO (f-]-hCG+PAPP-A)	Da eseguirsi nel 1° trimestre di gravidanza	S	S			26		S	98	90.43.6	TEST COMBINATO (f-]-hCG+PAPP-A)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi nel 2° trimestre di gravidanza	S	S			52,8		S	98	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)
1	98	90.43.8	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP-A+AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi al 1° e al 2° trimestre di gravidanza. La tariffa è comprensiva dei due prelievi.	S	S			64,8		S	98	90.43.8	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP-A+AFP+hCG+uE3+InhA)
1	98	90441.0	UREA [S]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90441.1	UREA [P]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90441.2	UREA [U]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90441.3	UREA [dU]		S	S			1,1	S		98	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]
1	98	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS		S	S			3,5	S		98	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS
1	98	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		S	S			2,2	S		98	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO
1	98	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)		S	S			0,5	S		98	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)
1	98	90.44.5	VITAMINA D		S	S			15,9	S		98	90.44.5	VITAMINA D
1	98	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA C		S	S			11,2	S		98	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90452.0	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA A		S	S			11,2	S		98	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90452.1	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA E		S	S			11,2	S		98	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)		S	S			15,9	S		98	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)
1	98	90454.0	ZINCO [S]		S	S			5,6	S		98	90.45.4	ZINCO [S/U]
1	98	90454.1	ZINCO [U]		S	S			5,6	S		98	90.45.4	ZINCO [S/U]
1	98	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]		S	S			8,4	S		98	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]
1	98	90.45.6	SORBITOLO: DETERMINAZIONE		S	S			7		S	98	90.45.6	SORBITOLO: DETERMINAZIONE
1	98	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO		S	S			7,4	S		98	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO
1	98	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	Per diagnosi di diatesi emorragiche	S	S			9,7	S		98	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA
1	98	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)		S	S			6,7	S		98	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)
1	98	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA		S	S			6	S		98	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA
1	98	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B		S	S			4,2	S		98	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B
1	98	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)		S	S			13,2	S		98	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)
1	98	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO		S	S			11,3	S		98	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO
1	98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)		S	S			12,4	S		98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
1	98	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)		S	S			8,3	S		98	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)
1	98	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)		S	S			10,3	S		98	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
1	98	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO		S	S			10,7	S		98	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO
1	98	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)		S	S			1,8	S		98	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)
1	98	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)		S	S			8,4	S		98	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)
1	98	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)		S	S			18,9	S		98	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)
1	98	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE		S	S			24,3	S		98	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE
1	98	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		S	S			8,4	S		98	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]
1	98	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII		S	S			11,4	S		98	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII
1	98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)		S	S			10,3	S		98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)
1	98	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO		S	S			15,7		S	98	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO
1	98	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI		S	S			15,7		S	98	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI
1	98	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno		S	S			18,3		S	98	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno
1	98	90.49.9	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI		S	S			22,3		S	98	90.49.9	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI
1	98	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI		S	S			14		S	98	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI
1	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A	Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	S	S			25		S	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A
1	98	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)		S	S			35,8	S		98	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)
1	98	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)		S	S			35,8	S		98	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)
1	98	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)		S	S			21	S		98	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)
1	98	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)		S	S			18,8	S		98	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)
1	98	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)		S	S			7,8	S		98	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)
1	98	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		S	S			12,1	S		98	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)
1	98	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI		S	S			41,9	S		98	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI
1	98	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG		S	S			10,3	S		98	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG
1	98	90514.0	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS)		S	S			11,3	S		98	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)
1	98	90514.1	ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)		S	S			11,3	S		98	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)		S	S			8,2	S		98	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)
1	98	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)		S	S			9,4	S		98	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)
1	98	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)		S	S			7,4	S		98	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)
1	98	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)		S	S			6,7	S		98	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)
1	98	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		S	S			9,6	S		98	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)
1	98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO		S	S			7,4	S		98	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO
1	98	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE		S	S			42,8	S		98	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE
1	98	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE		S	S			88,2	S		98	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE
1	98	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE		S	S			25,1	S		98	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE
1	98	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH		S	S			25,1	S		98	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH
1	98	90.53.6	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI		S	S			29,8		S	98	90.53.6	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI
1	98	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)		S	S			7,8	S		98	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)
1	98	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)		S	S			8,5	S		98	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)
1	98	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE		S	S			6,7	S		98	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE
1	98	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)		S	S			12,6	S		98	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)
1	98	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI		S	S			7	S		98	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI
1	98	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)		S	S			13	S		98	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)
1	98	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)		S	S			12,7	S		98	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)
1	98	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)		S	S			11,5	S		98	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)
1	98	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)		S	S			13,9	S		98	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)
1	98	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)		S	S			14,5	S		98	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)
1	98	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)		S	S			21,6	S		98	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)
1	98	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)		S	S			10,9	S		98	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)
1	98	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)		S	S			7,4	S		98	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)
1	98	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)		S	S			16,6	S		98	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)
1	98	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)		S	S			7,4	S		98	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)
1	98	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)	Si consiglia il non utilizzo	S	S			14,3		S	98	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)
1	98	90.56.7	ANTIGENE TPS		S	S			21,7		S	98	90.56.7	ANTIGENE TPS
1	98	90.56.8	PSA - Reflex (PSA -R )	Prestazione non associabile a PSA (90.56.5). Il PSA-R è da richiedersi nell'ambito della diagnosi differenziale tra iperplasia prostatica benigna e adenocarcinoma prostatico. Viene eliminata la possibilità di richiedere il fPSA (90.56.6), eseguito automaticamente, sulla base della richiesta di PSA-R, qualora il PSA sia compreso nell'intervallo 2,5 - 10 ng/ml. Nei pazienti sottoposti a prostatectomia la prestazione da richiedere è il PSA totale (90.56.5). In questi casi, infatti, i livelli di PSA	S	S			12,5		S	98	90.56.8	PSA - Reflex (PSA -R )
1	98	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)		S	S			19,8	S		98	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)
1	98	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59		S	S			17,1	S		98	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59
1	98	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			17,4	S		98	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)
1	98	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI		S	S			42,1	S		98	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI
1	98	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE		S	S			5	S		98	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE
1	98	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)		S	S			18,4	S		98	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)
1	98	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]		S	S			6,9	S		98	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]
1	98	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	S	S			8,2	S		98	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA
1	98	90584.0	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb]		S	S			4	S		98	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]
1	98	90584.1	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Er]		S	S			4	S		98	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]
1	98	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI		S	S			24,4	S		98	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI
1	98	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL		S	S			22,4	S		98	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL
1	98	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK		S	S			22,4	S		98	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK
1	98	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK		S	S			19,4	S		98	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)		S	S			93,9	S		98	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - ( tra 2 soggetti e almeno 1 controllo )
1	98	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO		S	S			16,4		S	98	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO
1	98	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)		S	S			7,4	S		98	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)
1	98	90602.0	COMPLEMENTO: C1Q		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90602.1	COMPLEMENTO: C3		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90602.2	COMPLEMENTO: C3 ATT.		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90602.3	COMPLEMENTO: C4		S	S			5,3	S		98	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)
1	98	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO		S	S			361,5	S		98	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO
1	98	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	Da utilizzare per qualunque crioconservazione di siero.	S	S			2,2	S		98	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO
1	98	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			32,9	S		98	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE
1	98	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			425,4		S	98	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI
1	98	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA		S	S			1,7	S		98	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA
1	98	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE		S	S			12,6	S		98	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE
1	98	90.61.3	CYFRA 21-1		S	S			19,1	S		98	90.61.3	CYFRA 21-1
1	98	90.61.4	D-DIMERO (EIA)		S	S			10,3	S		98	90.61.4	D-DIMERO (EIA)
1	98	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)		S	S			5	S		98	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)
1	98	90.61.6	DROGHE D'ABUSO: ALTRE (Immunometrico)		S	S			7,1		S	98	90.61.6	DROGHE D'ABUSO :ALTRE (Immunometrico)
1	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA		S	S			0,9	S		98	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA
1	98	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		S	S			3,2	S		98	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
1	98	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA		S	S			12,1	S		98	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA
1	98	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI		S	S			15,3	S		98	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI
1	98	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]		S	S			2,2	S		98	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]
1	98	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)		S	S			10,9	S		98	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)
1	98	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)		S	S			6,7	S		98	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)
1	98	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		S	S			21	S		98	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)
1	98	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		S	S			3,4	S		98	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)
1	98	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANOLARE		S	S			18,8	S		98	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANOLARE
1	98	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA		S	S			29,1	S		98	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA
1	98	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE		S	S			4,7	S		98	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE
1	98	90643.0	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.1	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (V)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.2	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VIII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.4	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (IX)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.5	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (X)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90643.6	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XI)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.7	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.8	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (XIII)		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90.64.4	FENOTIPO Rh		S	S			10,6	S		98	90.64.4	FENOTIPO Rh
1	98	90645.0	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S]		S	S			12,2	S		98	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]
1	98	90645.1	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [U]		S	S			12,2	S		98	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]
1	98	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE		S	S			2,7	S		98	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE
1	98	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	S	S			9,1	S		98	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA
1	98	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)		S	S			7,8	S		98	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)
1	98	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh Il controllo		S	S			5,2	S		98	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh Il controllo
1	98	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO		S	S			108,5	S		98	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO
1	98	90662.0	Hb - EMOGLOBINA [Sg]		S	S			2,1	S		98	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]
1	98	90662.1	Hb - EMOGLOBINA [La]		S	S			2,1	S		98	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]
1	98	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2		S	S			9,6	S		98	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2
1	98	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)		S	S			4,8	S		98	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)
1	98	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)		S	S			14,4	S		98	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)
1	98	90.67.1	Hb - ISOELETTRIFOCALIZZAZIONE		S	S			16,7	S		98	90.67.1	Hb - ISOELETTRIFOCALIZZAZIONE
1	98	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)		S	S			12,9	S		98	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)
1	98	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]		S	S			1,8	S		98	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]
1	98	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			86,9	S		98	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti)
1	98	90675.0	IgA SECRETORIE [Sa]		S	S			6,6	S		98	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]
1	98	90675.1	IgA SECRETORIE [Alb]		S	S			6,6	S		98	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]
1	98	90.67.6	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)		S	S			128		S	98	90.67.6	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)
1	98	90.67.7	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)		S	S			22		S	98	90.67.7	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)
1	98	90.67.8	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato		S	S			8		S	98	90.67.8	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato
1	98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)	La tariffa si intende per singolo allergene e la ricetta può contenere fino a 8 prescrizioni.	S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO		S	S			9,9	S		98	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO
1	98	90.68.3	IgE TOTALI		S	S			7,8	S		98	90.68.3	IgE TOTALI
1	98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)		S	S			11,3	S		98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
1	98	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE		S	S			14,7	S		98	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE
1	98	90.68.6	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]		S	S			27,4		S	98	90.68.6	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]
1	98	90.68.7	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI		S	S			22,5		S	98	90.68.7	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI
1	98	90.68.8	TRYPTASI		S	S			19		S	98	90.68.8	TRYPTASI
1	98	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI		S	S			5,5	S		98	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI
1	98	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE		S	S			20,9	S		98	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
1	98	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE		S	S			16,4	S		98	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE
1	98	90694.0	IMMUNOGLOBULINE IgA		S	S			5	S		98	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	90694.1	IMMUNOGLOBULINE IgG		S	S			5	S		98	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	90694.2	IMMUNOGLOBULINE IgM		S	S			5	S		98	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)
1	98	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	Per diagnosi di trombofilia	S	S			9,6	S		98	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)
1	98	90.69.6	IgD (Immunoglobine D)		S	S			15,5		S	98	90.69.6	IgD (Immunoglobine D)
1	98	90.70.1	INTERFERONE		S	S			20,6	S		98	90.70.1	INTERFERONE
1	98	90.70.2	INTERLEUCHINA 2		S	S			17,7	S		98	90.70.2	INTERLEUCHINA 2
1	98	90703.0	INTRADERMOREAZIONI CON PPD		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90703.1	INTRADERMOREAZIONI CON CANDIDA		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90703.2	INTRADERMOREAZIONI CON STREPTOCHINASI		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)
1	98	90703.3	INTRADERMOREAZIONI CON MUMPS		S	S			6,8	S		98	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]		S	S			3,9	S		98	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]
1	98	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]		S	S			3,1	S		98	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.70.6	INTERLEUCHINE: ALTRE		S	S			23,1		S	98	90.70.6	INTERLEUCHINE : ALTRE
1	98	90.70.7	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO		S	S			425,4		S	98	90.70.7	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO
1	98	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]		S	S			2,8	S		98	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]
1	98	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)		S	S			7,1	S		98	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)
1	98	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]		S	S			1,8	S		98	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.71.4	PINK TEST		S	S			2,8	S		98	90.71.4	PINK TEST
1	98	90.71.5	PLASMINOGENO		S	S			14	S		98	90.71.5	PLASMINOGENO
1	98	90.71.6	PEPSINOGENO		S	S			12,4		S	98	90.71.6	PESPINOGENO
1	98	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]		S	S			9,1	S		98	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]
1	98	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]		S	S			9,1	S		98	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]
1	98	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		S	S			3,9	S		98	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
1	98	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]		S	S			11,9	S		98	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]
1	98	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]		S	S			9,8	S		98	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]
1	98	90.72.6	PROCALCITONINA		S	S			40		S	98	90.72.6	PROCALCITONINA
1	98	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2		S	S			4,7	S		98	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2
1	98	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE		S	S			8,5	S		98	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE
1	98	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA		S	S			6	S		98	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA
1	98	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)		S	S			117,9	S		98	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)
1	98	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA		S	S			53,6	S		98	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA
1	98	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			51,2	S		98	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)
1	98	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE		S	S			2,1	S		98	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE
1	98	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)		S	S			7,8	S		98	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)
1	98	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)		S	S			7,7	S		98	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)
1	98	90.74.5	RETICOCITI (Conteggio) [(Sg)]		S	S			3,5	S		98	90.74.5	RETICOCITI (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.74.6	RETICOCITI IN CITOFLUORIMETRIA		S	S			11,4		S	98	90.74.6	RETICOCITI IN CITOFLUORIMETRIA
1	98	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA		S	S			3,1	S		98	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA
1	98	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE		S	S			1,4	S		98	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE
1	98	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA		S	S			1,6	S		98	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA
1	98	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		S	S			2,9	S		98	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
1	98	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)		S	S			3,3	S		98	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)
1	98	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)		S	S			2,9	S		98	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)
1	98	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	Per diagnosi di piastrinopatia	S	S			4,8	S		98	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born
1	98	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO		S	S			2,8	S		98	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO
1	98	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE		S	S			2,8	S		98	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE
1	98	90.76.5	TEST DI HAM		S	S			4,8	S		98	90.76.5	TEST DI HAM
1	98	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)		S	S			3,2	S		98	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)
1	98	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	S	S			9	S		98	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA
1	98	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)		S	S			44,2	S		98	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)
1	98	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI		S	S			36,4	S		98	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI
1	98	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)		S	S			477,2	S		98	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)
1	98	90.77.6	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA		S	S			16,9		S	98	90.77.6	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA
1	98	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla tubercolina)		S	S			4,2	S		98	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla tubercolina)
1	98	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A		S	S			101,5	S		98	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A
1	98	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B		S	S			101,5	S		98	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B
1	98	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C		S	S			101,5	S		98	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C
1	98	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			155,3	S		98	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			188,7	S		98	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			178,4	S		98	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE		S	S			109,1	S		98	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE
1	98	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			178,4	S		98	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		S	S			54,1	S		98	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO
1	98	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE		S	S			213,4	S		98	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE
1	98	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			311,6	S		98	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE
1	98	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)		S	S			149,3	S		98	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)
1	98	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)		S	S			158,7	S		98	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)
1	98	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)		S	S			17,1	S		98	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)
1	98	90.81.6	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)		S	S			24,4		S	98	90.81.6	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)
1	98	90.81.7	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz. )		S	S			18,3		S	98	90.81.7	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz. )
1	98	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)		S	S			2,8	S		98	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)
1	98	90.82.2	TROMBOSSANO B2	Per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	S	S			5,1	S		98	90.82.2	TROMBOSSANO B2
1	98	90.82.3	TROPONINA I		S	S			11,5	S		98	90.82.3	TROPONINA I
1	98	90.82.4	VALORE EMATOCRITO		S	S			0,7	S		98	90.82.4	VALORE EMATOCRITO
1	98	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		S	S			2	S		98	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)
1	98	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	Per diagnosi in sindromi da iperviscosita'	S	S			23,7	S		98	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA
1	98	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA		S	S			5,6	S		98	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA
1	98	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma.	S	S			8,6	S		98	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
1	98	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)		S	S			59,9	S		98	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS		S	S			34,1	S		98	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS
1	98	90.83.6	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)		S	S			41		S	98	90.83.6	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)
1	98	90.83.7	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)		S	S			71,9		S	98	90.83.7	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)
1	98	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)		S	S			15,8	S		98	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)
1	98	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			9,9	S		98	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,9	S		98	90.84.3	Batteri Anaerobi in materiali Biologici esame colturale
1	98	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)		S	S			6,4	S		98	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)
1	98	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)		S	S			6,4	S		98	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)
1	98	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)		S	S			7,7	S		98	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)
1	98	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)		S	S			12,2	S		98	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)
1	98	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)		S	S			7,1	S		98	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)
1	98	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)		S	S			1,6	S		98	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)
1	98	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosineresi)		S	S			2,3	S		98	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosineresi)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.85.6	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)		S	S			13		S	98	90.85.6	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)
1	98	90.85.7	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI		S	S			3,1		S	98	90.85.7	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI
1	98	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas		S	S			12,2	S		98	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas
1	98	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas		S	S			7,6	S		98	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas
1	98	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.		S	S			4,6	S		98	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.
1	98	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)		S	S			2,3	S		98	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)
1	98	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.		S	S			2,4	S		98	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.
1	98	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)		S	S			3		S	98	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)
1	98	90.86.7	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)		S	S			10,4		S	98	90.86.7	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)
1	98	90.86.8	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'		S	S			3,9		S	98	90.86.8	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'
1	98	90.86.9	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione		S	S			8,7		S	98	90.86.9	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione
1	98	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.		S	S			4,7	S		98	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.
1	98	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.		S	S			6,4	S		98	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.
1	98	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)		S	S			2,3	S		98	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)
1	98	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,1	S		98	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE
1	98	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)		S	S			12,6	S		98	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)
1	98	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]		S	S			3,3	S		98	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]
1	98	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA		S	S			9,2	S		98	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA
1	98	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			6,8	S		98	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	Prestazione da riferirsi a materiale diverso da feci	S	S			5,9	S		98	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE
1	98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			11,6	S		98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			6,3	S		98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)		S	S			3,4	S		98	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)
1	98	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)		S	S			3,6	S		98	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)
1	98	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE		S	S			25,2	S		98	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE
1	98	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)
1	98	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			14	S		98	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)		S	S			15,1	S		98	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)
1	98	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			11,4	S		98	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma	S	S			11,9	S		98	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE
1	98	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		S	S			6,5	S		98	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)
1	98	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		S	S			3,4	S		98	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)
1	98	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			6,2	S		98	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma	S	S			2,5	S		98	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE
1	98	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			8,2	S		98	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			7,8	S		98	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		S	S			9,8	S		98	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)
1	98	90.92.4	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			16	S		98	90.92.4	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.92.5	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		S	S			7,5	S		98	90.92.5	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)
1	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE
1	98	90.92.7	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)		S	S			11,3		S	98	90.92.7	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)
1	98	90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)		S	S			7,6	S		98	90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)
1	98	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)		S	S			3,7	S		98	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)
1	98	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			7,5	S		98	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.
1	98	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			7,5	S		98	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.
1	98	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			7,5	S		98	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.
1	98	90.93.6	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.6	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)
1	98	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE
1	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTETICO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTETICO
1	98	90.93.9	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.9	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE
1	98	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	Tale codice va utilizzato riferito per un set di due flaconi (1 aerobio + 1 anaerobio) o ad un flacone per uso pediatrico.	S	S			26,4	S		98	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.
1	98	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			8,3	S		98	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.
1	98	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12	S		98	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae
1	98	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,1	S		98	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE		S	S			5,4	S		98	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
1	98	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE
1	98	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			9		S	98	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO
1	98	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)		S	S			5,6	S		98	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)
1	98	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			7,9	S		98	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			18,4	S		98	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	Tale prestazione non è comprensiva di eventuale antibiogramma	S	S			9,1	S		98	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
1	98	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			13,9	S		98	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	90.95.6	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici		S	S			8,2		S	98	90.95.6	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici
1	98	90.95.7	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici		S	S			8,2		S	98	90.95.7	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici
1	98	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			12,7	S		98	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)		S	S			4	S		98	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)
1	98	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			13,9	S		98	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)		S	S			11,6	S		98	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)
1	98	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE		S	S			12,4		S	98	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE
1	98	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		S	S			4,5	S		98	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	S	S			14,5	S		98	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)
1	98	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	S	S			10,5	S		98	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)
1	98	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			11,4	S		98	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		S	S			6,7	S		98	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90.97.6	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		S	S			7,2		S	98	90.97.6	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)
1	98	90.97.7	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)	Tale prestazione è da utilizzarsi per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	S	S			13		S	98	90.97.7	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)
1	98	90.97.8	AMANITINA URINARIA		S	S			103,3		S	98	90.97.8	AMANITINA URINARIA
1	98	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			5,3	S		98	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)		S	S			3,3	S		98	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)
1	98	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)		S	S			56,8	S		98	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)
1	98	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)		S	S			10,8	S		98	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)
1	98	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			10,8	S		98	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico )		S	S			18,6	S		98	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico )
1	98	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			24,5	S		98	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			37,5	S		98	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)		S	S			16	S		98	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)
1	98	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)		S	S			10,4	S		98	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)
1	98	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)		S	S			4,3	S		98	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)
1	98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			12,3	S		98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			7,1	S		98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			8,2	S		98	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		S	S			9,4	S		98	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE
1	98	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE		S	S			10,4		S	98	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE
1	98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE		S	S			3,9	S		98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE
1	98	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			11,4	S		98	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			6,2	S		98	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)		S	S			4,3	S		98	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)
1	98	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		S	S			4,3	S		98	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
1	98	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		S	S			2,4	S		98	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA
1	98	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)		S	S			5,7	S		98	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)
1	98	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)		S	S			9,2	S		98	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)
1	98	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)		S	S			5,7	S		98	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)
1	98	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa		S	S			4,3	S		98	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa
1	98	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO		S	S			3		S	98	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO
1	98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			9,5	S		98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO		S	S			4	S		98	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)		S	S			8,8	S		98	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)
1	98	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		S	S			7,6	S		98	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			5	S		98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.06.6	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		S	S			6,9		S	98	91.06.6	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)
1	98	91.06.7	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)		S	S			13		S	98	91.06.7	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)
1	98	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]		S	S			10	S		98	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]
1	98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			6,6	S		98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]		S	S			4	S		98	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]
1	98	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO		S	S			8,9	S		98	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO
1	98	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		S	S			11,1	S		98	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA
1	98	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]		S	S			8	S		98	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]
1	98	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		S	S			7,5	S		98	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)
1	98	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		S	S			9,9	S		98	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA
1	98	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE: ESAME COLTURALE TAMPONE VAGINALE		S	S			4,5	S		98	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE
1	98	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]		S	S			4,9	S		98	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]
1	98	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI		S	S			7		S	98	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI
1	98	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B		S	S			6,4	S		98	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B
1	98	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE		S	S			6,4	S		98	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE
1	98	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			19,5	S		98	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			7,8	S		98	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]		S	S			3,4	S		98	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]
1	98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			11,8	S		98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			8	S		98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]		S	S			9,9	S		98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]
1	98	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		S	S			4,1	S		98	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]
1	98	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		S	S			5,8	S		98	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]
1	98	91.10.6	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)		S	S			9,2		S	98	91.10.6	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)
1	98	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]		S	S			3,4	S		98	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]
1	98	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE		S	S			4,1	S		98	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE
1	98	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE		S	S			2,5	S		98	91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE
1	98	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		S	S			8,2	S		98	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA
1	98	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			63,5	S		98	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)
1	98	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			69,9	S		98	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)
1	98	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			40,9	S		98	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS
1	98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			12,7	S		98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		S	S			28	S		98	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)
1	98	91.12.6	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		S	S			33		S	98	91.12.6	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO
1	98	91.12.7	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			74,7		S	98	91.12.7	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			36,2	S		98	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91133.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus		S	S			7,6	S		98	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91133.1	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Rotavirus		S	S			7,6	S		98	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91133.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Virus dell'apparato gastroenterico.		S	S			7,6	S		98	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91134.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.
1	98	91134.1	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Parvovirus B19		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.
1	98	91134.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Rotavirus.		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.
1	98	91135.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus		S	S			12,1	S		98	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91135.1	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Herpes		S	S			12,1	S		98	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91135.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Virus dell'apparato respiratorio.		S	S			12,1	S		98	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)		S	S			82,1		S	98	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)
1	98	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)		S	S			11		S	98	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)
1	98	91.13.8	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE		S	S			21,3		S	98	91.13.8	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE
1	98	91.13.9	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI		S	S			10,9		S	98	91.13.9	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI
1	98	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			8,1	S		98	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			6,4	S		98	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)		S	S			8,8	S		98	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)
1	98	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		S	S			36,2	S		98	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
1	98	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		S	S			33,2	S		98	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)
1	98	91151.0	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO - ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91151.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL TAMPONE FARINGEO - ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		S	S			36,2	S		98	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
1	98	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL'URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		S	S			50,4	S		98	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL'URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)
1	98	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL'URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		S	S			36,2	S		98	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL'URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE
1	98	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		S	S			15,1	S		98	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91163.0	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus		S	S			5,2	S		98	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91163.1	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Herpes		S	S			5,2	S		98	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91163.2	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Virus dell'apparato respiratorio.		S	S			5,2	S		98	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.
1	98	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.		S	S			28	S		98	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.		S	S			7,6	S		98	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.
1	98	91.16.6	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			9,2		S	98	91.16.6	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI		S	S			10,1	S		98	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI
1	98	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM		S	S			12	S		98	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM
1	98	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previo reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			63,4	S		98	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previo reazione polimerasica a catena)
1	98	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA		S	S			40	S		98	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA
1	98	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg		S	S			10	S		98	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg
1	98	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM		S	S			10	S		98	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM
1	98	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg		S	S			10	S		98	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg
1	98	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg		S	S			10	S		98	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg
1	98	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg		S	S			10	S		98	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg
1	98	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg		S	S			7,9	S		98	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg
1	98	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)		S	S			13,8	S		98	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)
1	98	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI		S	S			23,3	S		98	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI
1	98	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA		S	S			63	S		98	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA
1	98	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA		S	S			77,5	S		98	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA
1	98	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI		S	S			10	S		98	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI
1	98	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			69,8	S		98	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA		S	S			77,5	S		98	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA
1	98	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI		S	S			12	S		98	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI
1	98	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM		S	S			21,7	S		98	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM
1	98	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg		S	S			18	S		98	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg
1	98	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)		S	S			13,5	S		98	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)
1	98	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)		S	S			12,5	S		98	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)		S	S			7,6	S		98	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)
1	98	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]		S	S			10,5	S		98	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]
1	98	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.21.6	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		S	S			33		S	98	91.21.6	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO
1	98	91217.0	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG (IF)		S	S			14,7		S	98	91.21.7	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno
1	98	91217.1	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgM (IF)		S	S			14,7		S	98	91.21.7	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno
1	98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI		S	S			7,9	S		98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
1	98	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previo reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			25,2	S		98	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previo reazione polimerasica a catena)
1	98	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previo reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	S	S			54,2	S		98	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previo reazione polimerasica a catena)
1	98	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI		S	S			10,9	S		98	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
1	98	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			34,9	S		98	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.22.6	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		S	S			33		S	98	91.22.6	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO
1	98	91.22.7	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			74,7		S	98	91.22.7	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			25,7	S		98	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)		S	S			6,5	S		98	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)
1	98	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)		S	S			7,7	S		98	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)
1	98	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)		S	S			21	S		98	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)
1	98	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		S	S			19	S		98	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
1	98	91.23.6	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		S	S			33		S	98	91.23.6	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		S	S			11,2	S		98	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)
1	98	91242.0	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91242.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes/Varicella		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91242.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Virus dell'apparato gastroenterico		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91242.3	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Virus dell'apparato respiratorio		S	S			20,2	S		98	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.
1	98	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)		S	S			9,4	S		98	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			7,9	S		98	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.24.6	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		S	S			33		S	98	91.24.6	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI
1	98	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			10,1	S		98	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)		S	S			6,5	S		98	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			9,5	S		98	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.25.6	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		S	S			74,7		S	98	91.25.6	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)
1	98	91.25.7	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		S	S			33		S	98	91.25.7	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI
1	98	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)		S	S			7,2	S		98	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			5,8	S		98	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2		S	S			63	S		98	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2
1	98	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI		S	S			7,9	S		98	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI
1	98	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		S	S			4	S		98	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)
1	98	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)		S	S			9,4	S		98	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)		S	S			8,8	S		98	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)
1	98	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		S	S			8,8	S		98	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		S	S			6,5	S		98	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA
1	98	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE		S	S			2,5	S		98	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE
1	98	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro".	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			130,1	S		98	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro".
1	98	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI		S	S			124	S		98	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI
1	98	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI		S	S			120,3	S		98	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI
1	98	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			112,6	S		98	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			124	S		98	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI
1	98	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			153,6	S		98	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)
1	98	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			64,6	S		98	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi.
1	98	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			56,8	S		98	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi.
1	98	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,1	S		98	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate.
1	98	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,1	S		98	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate.
1	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	91.29.7	DISCRIMINAZIONE ALLELICA		S	S			90		S	98	91.29.7	DISCRIMINAZIONE ALLELICA



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.29.8	Analisi della Metilazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			126,6		S	98	91.29.8	Analisi della Metilazione
1	98	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			158,6	S		98	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)
1	98	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus).	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			154,8	S		98	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus).
1	98	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (Blocchi di circa 400 bp)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			156	S		98	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (Blocchi di circa 400 bp)
1	98	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			115,2	S		98	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)
1	98	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)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			93	S		98	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)
1	98	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			136	S		98	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			112,8	S		98	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
1	98	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			134,1	S		98	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
1	98	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	S	S			136	S		98	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)
1	98	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D		S	S			28,4	S		98	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D
1	98	91.31.6	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE		S	S			18,8		S	98	91.31.6	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE
1	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91.31.8	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)		S	S			5,7		S	98	91.31.8	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)
1	98	91.31.9	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)		S	S			10,8		S	98	91.31.9	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)
1	98	91.31.A	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici		S	S			63,5		S	98	91.31.A	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici
1	98	91.31.B	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi		S	S			7,8		S	98	91.31.B	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi
1	98	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			28,4	S		98	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C
1	98	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			24,8	S		98	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G
1	98	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione		S	S			27,9	S		98	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione
1	98	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR		S	S			28,4	S		98	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			26,1	S		98	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q
1	98	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R		S	S			24,8	S		98	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R
1	98	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T		S	S			25,6	S		98	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T
1	98	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			28,4	S		98	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A
1	98	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			108,2	S		98	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI
1	98	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			87,8	S		98	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI
1	98	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			144,2	S		98	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI
1	98	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS		S	S			143,6	S		98	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS
1	98	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA		S	S			122,9	S		98	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA
1	98	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			95,5	S		98	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			97,1	S		98	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI
1	98	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			118,8	S		98	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO
1	98	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)		S	S			93	S		98	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)
1	98	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			82,6	S		98	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)
1	98	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			145,4	S		98	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI
1	98	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.		S	S			58,6	S		98	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.
1	98	91361.0	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			40,5	S		98	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA
1	98	91361.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI RNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			40,5	S		98	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			32,9	S		98	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI
1	98	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			39,9	S		98	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI
1	98	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			51,4	S		98	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE
1	98	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			59,1	S		98	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.
1	98	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			81,6	S		98	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE
1	98	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			342,9	S		98	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC.
1	98	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			226,3	S		98	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			150,3	S		98	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute
1	98	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari painting	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			186,4	S		98	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari painting
1	98	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,6	S		98	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA)
1	98	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,6	S		98	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)
1	98	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			120,6	S		98	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)
1	98	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			47	S		98	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA
1	98	91.38.5	Pap Test (citologico cervico-vaginale)		S	S			11,2	S		98	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]
1	98	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			30		S	98	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA -PCR-SCS) per 31 mutazioni	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			317		S	98	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA -PCR-SCS) per 31 mutazioni
1	98	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) per singola mutazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche	S	S			20		S	98	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) per singola mutazione
1	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
1	98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		S	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		S	S			27,2	S		98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		S	S			14,1	S		98	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.		S	S			27,2	S		98	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.
1	98	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea		S	S			27,2	S		98	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea
1	98	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice		S	S			14,1	S		98	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice
1	98	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice		S	S			14,1	S		98	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice
1	98	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)		S	S			14,1	S		98	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)
1	98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLII: Biopsia escissionale		S	S			27,2	S		98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLII: Biopsia escissionale
1	98	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLII: Biopsia incisionale		S	S			14,1	S		98	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLII: Biopsia incisionale
1	98	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica		S	S			39,4	S		98	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica
1	98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare		S	S			14,1	S		98	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare
1	98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)		S	S			14,1	S		98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)
1	98	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch		S	S			43,6	S		98	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch
1	98	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica		S	S			43,6	S		98	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica
1	98	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali		S	S			14,1	S		98	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali
1	98	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)
1	98	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)
1	98	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea		S	S			14,1	S		98	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea
1	98	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)
1	98	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica		S	S			46,5	S		98	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica		S	S			46,5	S		98	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica
1	98	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari		S	S			14,1	S		98	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari
1	98	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).		S	S			46,5	S		98	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).
1	98	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina		S	S			14,1	S		98	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina
1	98	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)		S	S			14,1	S		98	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)
1	98	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)
1	98	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)
1	98	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene		S	S			14,1	S		98	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene
1	98	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare		S	S			14,1	S		98	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare
1	98	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale		S	S			14,1	S		98	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale
1	98	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)		S	S			14,1	S		98	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)
1	98	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)
1	98	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)		S	S			46,5	S		98	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)
1	98	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale		S	S			14,1	S		98	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale
1	98	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica		S	S			46,5	S		98	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica
1	98	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia		S	S			27,2	S		98	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia
1	98	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale		S	S			46,5	S		98	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale
1	98	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)		S	S			79,6	S		98	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)
1	98	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale		S	S			79,6	S		98	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale
1	98	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Biopsia osteo midollare		S	S			79,6	S		98	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Biopsia osteo midollare
1	98	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA		S	S			222		S	98	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA
1	98	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA		S	S			400		S	98	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA
1	98	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)		S	S			30		S	98	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)
1	98	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI		S	S			160		S	98	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI
1	98	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea		S	S			46,5	S		98	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea
1	98	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico		S	S			27,2	S		98	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico
1	98	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)		S	S			85,1	S		98	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)
1	98	91.48.4	Prelievo citologico per Pap Test		S	S			4,1	S		98	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO
1	98	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO		S	S			5,7	S		98	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO
1	98	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE		S	S			7	S		98	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE
1	98	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		S	S			2,6	S		98	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO
1	98	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO		S	S			2,6	S		98	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO
1	98	91.49.4	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE		S	S			6,1		S	98	91.49.4	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE
1	99	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione e certificazione periodica, svolta dal pediatra, secondo il calendario previsto dalla Regione, dello sviluppo fisico, psichico, dei rischi età specifici per la salute, indicazioni di prevenzione e educazione alla salute individuali.	S	S			20		S	99	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)



EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	99	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	La prestazione si riferisce esclusivamente all'attività svolta dall'U.V.G., indipendentemente dal numero di operatori coinvolti	S	S			46,5	S		99	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	99	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		S	S			3,9	S		99	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -
1	99	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale		S	S			4,4	S		99	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale
1	99	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta collettiva	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la super visione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	S	S			1,1	S		99	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO
1	99	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS - Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)		S	S			3,9	S		99	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS - Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)
1	99	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -		S	S			11,6	S		99	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -
1	99	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		S	S			11,6	S		99	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -
2	69	38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE						2350		S	69	38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE
2	69	38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)						750		S	69	38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)
2	69	39.1	TIPS						2500		S	69	39.1	TIPS
2	69	39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)						900		S	69	39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)
2	69	39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post						2000		S	69	39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post
2	69	39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE						800		S	69	39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE
2	69	39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE	La prestazione va utilizzata anche per l' aortografia addominale per studio circolo arti inferiori					500		S	69	39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE
2	69	39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE						500		S	69	39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE
2	69	39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE	Prestazione che va ad aggiungersi alla prestazione angiografica per ogni accesso vascolare successivo al primo					300		S	69	39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE
2	69	39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI						1500		S	69	39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI
2	69	39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA						1500		S	69	39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA
2	69	39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)						2250		S	69	39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)
2	69	39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT						3500		S	69	39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT
2	69	39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)						3000		S	69	39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)
2	69	39.99.A	TERAPIA INTERVENTISTICA ECOGUIDATA MUSCOLOSCHIELETRICA						200		S	69	39.99.A	TERAPIA INTERVENTISTICA ECOGUIDATA MUSCOLOSCHIELETRICA
2	69	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA						800		S	69	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA
2	69	43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA						900		S	69	43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA
2	69	50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE						900		S	69	50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE
2	69	50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)						650		S	69	50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)
2	69	51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA						900		S	69	51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA
2	69	51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda						600		S	69	51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda
2	69	51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc.						1700		S	69	51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc.
2	69	51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA						1300		S	69	51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA
2	69	51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO	Per ogni accesso successivo al primo (cod. 51.99.1)					500		S	69	51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO
2	69	51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)						500		S	69	51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)
2	69	54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO						350		S	69	54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO
2	69	54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA						1000		S	69	54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA
2	69	55.12.1	PIELOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE						1000		S	69	55.12.1	PIELOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE
2	69	55.12.2	PIELOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE						1500		S	69	55.12.2	PIELOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE
2	69	56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE						800		S	69	56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	69	56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE						1100		S	69	56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE
2	69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento						125		S	69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento
2	69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI						1200		S	69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI
2	69	87.21	MIELOGRAFIA						600		S	69	87.21	MIELOGRAFIA
2	69	87.21.A	MIELO-TC						700		S	69	87.21.A	MIELO-TC
2	69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA						600		S	69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA
2	69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra						600		S	69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra
2	69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra						600		S	69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra
2	69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra						600		S	69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra
2	69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA
2	69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO						600		S	69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO
2	69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA
2	69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA
2	69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCCLAVIA DESTRA O SINISTRA						600		S	69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCCLAVIA DESTRA O SINISTRA
2	69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE						600		S	69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE
2	69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA						600		S	69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA
2	69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO						600		S	69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO
2	69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE						600		S	69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE
2	69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA	Tale prestazione va ad aggiungersi alle prestazioni da 88.49.1 a 88.49.7, per ogni ulteriore iniezione selettiva nella stessa seduta					150		S	69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA
2	69	88.95.E	RM DELLA PROSTATA per via transrettale						200		S	69	88.95.E	RM DELLA PROSTATA per via transrettale
2	69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI						1200		S	69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI
2	69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA						1000		S	69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA
2	69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE						1800		S	69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE
2	69	99.29	FIBRINOLISI						1800		S	69	99.29	FIBRINOLISI
2	69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA						1500		S	69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA
2	69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI						500		S	69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI
2	70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta	Condizionamento procedure trapiantologiche					1800	S		70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta
2	70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive	Per singola seduta					300		S	70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive
2	79	93.01.7	COUNSELLING	Attivazione di piano terapeutico nutrizionale complesso					57		S	79	93.01.7	COUNSELLING
2	79	93.01.8	COUNSELLING	Attivazione di piano dietetico complesso					23		S	79	93.01.8	COUNSELLING
2	79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE	Finalizzato al trattamento nutrizionale					36,95		S	79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE
2	79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA	Per giornate di terapia, escluso materiale e miscele nutritive					7,75		S	79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA
2	79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NED. Prevede una parte teorica e una parte pratica e comprende: - manovre per la pulizia della superficie di appoggio e delle mani; - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di deflusione; - attacco alla sonda di nutrizione enterale e programmazione della nutripompa; - stacco della sacca e pulizia della sonda nutrizionale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'					14,8		S	79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)
2	79	99.15.1	NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Per giornate di terapia, escluso materiale e sacche premiscelate					22,15		S	79	99.15.1	NUTRIZIONE ARTIFICIALE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	<p>Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NPD.</p> <p>Comprende una parte teorica e una parte pratica e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- preparazione della sacca nutrizionale e della linea di infusione;</li> <li>- attacco al catetere venoso centrale e inizio dell'infusione della sacca;</li> <li>- programmazione della pompa infusoriale;</li> <li>- stacco della sacca con lavaggio ed eparinizzazione del catetere venoso centrale;</li> <li>- medicazione dell'emergenza cutanea del catetere venoso central</li> </ul>					18,5		S	79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)
2	81	8905.0	Visita C.A.S.	<p>Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per le prestazioni di accoglienza del paziente nei programmi di cure palliative dove vengono effettuate le stesse attività di raccolta dati, informazione, accoglienza, indirizzo e supporto, coordinamento delle diverse figure professionali</p>					40		S	81	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE
2	81	8907.0	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO	<p>Tale prestazione è da utilizzarsi in caso di attivazione del Gic di cure palliative da parte del medico di cure palliative indipendentemente dalla segnalazione del Cas</p>					46,5	S		81	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
2	81	93.01.7	COUNSELLING	<p>Nel caso delle cure palliative e è possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dal medico di cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani terapeutici e sedute di counselling individualizzati con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera.</p>					57		S	81	93.01.7	COUNSELLING
2	81	93.01.8	COUNSELLING	<p>Nel caso delle cure palliative e è possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dall' infermiere delle cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani assistenziali con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera</p>					23		S	81	93.01.8	COUNSELLING
2	85	8903.06	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano diabetologico	<p>Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.</p>					20,7	S		85	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE -
2	85	8905.0	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE	<p>primo approccio presso il Centro di Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.</p>					40		S	85	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione e Ciclo	Numero Sedute	Tariffa	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
2	85	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.					11,2		S	85	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi
1	99	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		S	S			11,2		S	99	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA



Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Prestazioni e Ciclo	Numero Sedute	Codice prestazione tariffario regionale	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
89.90.1	FANGO + BAGNO/DOCCIA di Annettamento			89.90.1	FANGO + BAGNO/DOCCIA di Annettamento
89.90.2	FANGO+BAGNO TERAPEUTICO			89.90.2	FANGO+BAGNO TERAPEUTICO
89.90.3	BAGNO M. ARTROREUMATICHE			89.90.3	BAGNO M. ARTROREUMATICHE
89.90.4	BAGNO M. DERMATOLOGICHE			89.90.4	BAGNO M. DERMATOLOGICHE
89.91.1	STUFE E GROTTI			89.91.1	STUFE E GROTTI
89.91.2	INALAZIONI			89.91.2	INALAZIONI
89.92.1	IRRIGAZIONI VAGINALI			89.92.1	IRRIGAZIONI VAGINALI
89.92.2	IRRIGAZIONI VAGINALI + BAGNO			89.92.2	IRRIGAZIONI VAGINALI + BAGNO
89.92.3	DOCCE RETTALI			89.92.3	DOCCE RETTALI
89.92.4	CURE IDROPINICHE per calcolosi vie urinarie			89.92.4	CURE IDROPINICHE per calcolosi vie urinarie
89.92.5	CURE IDROPINICHE malattie apparato gastroenterico			89.92.5	CURE IDROPINICHE malattie apparato gastroenterico
89.93.1	CURE IDROPINICHE effetto catartico			89.93.1	CURE IDROPINICHE effetto catartico
89.93.2	SORDITA' .RINOGENA			89.93.2	SORDITA' .RINOGENA
89.93.3	VENTILAZIONE POLMONARE INTEGRATA			89.93.3	VENTILAZIONE POLMONARE INTEGRATA
89.93.5	IDROFANGOBALNEOTERAPIA			89.93.5	IDROFANGOBALNEOTERAPIA
89.94.0	FLEBOPATIE			89.94.1	FLEBOPATIE * con esami a carico dell'Azienda Termale
89.94.0	FLEBOPATIE			89.94.5	FLEBOPATIE * senza esami