

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	01	89.12	RINOMANOMETRIA	PRECISAZIONI: Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. ESCLUSO la Rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene	S	S			13,9	S		01	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria
1	01	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	PRECISAZIONI: : 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	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. SPIROMETRIA BASALE E DOPO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO	PRECISAZIONI: 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.ESCLUSO: SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) e/o 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 BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	PRECISAZIONI: 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. (Per le metodiche si fa rimanda a quanto riportato dalla letteratura).	S	S			55,8	S		01	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	01	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - SINGOLO STIMOLO	PRECISAZIONI: 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	8901.01	VISITA ALLERGOLOGICA DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: Nell'ambito della visita di controllo l'eventuale rivalutazione clinica deve essere eseguita entro un anno dalla prima visita (ad esempio le visite di un paziente cronico).	S	S			12,9	S		01	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	01	89371.0	SPIROMETRIA SEMPLICE	PRECISAZIONI: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	89371.1	SPIROMETRIA SEMPLICE CON TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	PRECISAZIONI: A sostituzione della spirometria semplice il test codice(89371.0). Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di Beta stimolante.	N	S			60,4	S		01	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
1	01	897.00	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA		S	S			20,7	S		01	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	01	89721.0	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA E VALUTAZIONE CLINICA	PRECISAZIONI: Prestazione che sostituisce 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)	N	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Si 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.	PRECISAZIONI: 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.
1	01	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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 DEL ASMATICO - PER SEDUTA COLLETTIVA	PRECISAZIONI: 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		01	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL' ASMATICO
1	01	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA DESENSIBILIZZAZIONE	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	8901.06	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	897.05	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA		S	S			20,7	S		05	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	07	8901.03	VISITA CARDIOCHIRURGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		07	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	07	897.02	PRIMA VISITA CARDIOCHIRURGICA	PRECISAZIONI: Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	S	S			20,7	S		07	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	38.22	CAPILLAROSCOPIA [ ANGIOSCOPIA PERCUTANEA]	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)	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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: la valutazione clinica della sussistenza delle indicazioni risultanti dalla prescrizione PRECISAZIONI: Ecocardiografia transesofagea	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 -
1	08	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	PRECISAZIONI: L'esame deve includere 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	PRECISAZIONI: L'esame deve includere: a) la valutazione clinica preliminare delle indicazioni e controindicazioni. b) Monitorizzazione ECG grafica continua. c) Controllo pressorio. d) 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	PRECISAZIONI: 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	88771.0	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.2	ECOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.3	ECOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.4	ECOGRAFIA DISTRETTUALE ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.5	ECOGRAFIA DISTRETTUALE VENOSA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 SUPERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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 DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88772.3	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88772.4	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ARTERIOSA	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica; INCLUSO: Celiaco-mesenterico, iliaco cavale, fegato, parti molli	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	88772.5	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE VENOSA	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica; INCLUSO: Celiaco-mesenterico, iliaco cavale, fegato, parti molli	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	88773.0	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI		S	S			23,2	S		08	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	08	88773.1	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI		S	S			23,2	S		08	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -
1	08	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	INCLUSO: Valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni. ESCLUSO: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	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	INCLUSO: Valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni. ESCLUSO: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: Analisi gas respiratori e determinazione della ventilazione con EGA, valutazione preliminare delle indicazioni e delle Ccontroindicazioni	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	INCLUSO: ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve includere le risultanze dell'ECG	S	S			23,2	S		08	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -
1	08	89.50	ECG DINAMICO 24 ORE - ( HOLTHER )	INCLUSO: monitoraggio dinamico ECG continuo di 24 ore con metodica HOLTHER	S	S			62	S		08	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	08	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)		S	S			11,6	S		08	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -
1	08	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	INCLUSO: 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	ELETTROCARDIOGRAMMA (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	ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG) TRANSESOFA GEO		S	S			77		S	08	89.54.4	ECG TRANSESOFA GEO
1	08	89.54.5	ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG) TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO		S	S			142,6		S	08	89.54.5	ECG TRANSESOFA GEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO
1	08	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	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	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: 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	8901.02	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: 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 CARDIOCHIRURGICA DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: 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	8901.49	VISITA CARDIOLOGICA ARITMOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	08	89482.0	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE		S	N			45,5		S	08	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
1	08	89482.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE ED ECG	INCLUSO: ECG eseguito contestualmente. Il referto deve includere le risultanze dell'ECG	N	S			57,1		S	08	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE
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	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	897.01	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	PRECISAZIONI: 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	PRIMA VISITA CARDIOCHIRURGICA	PRECISAZIONI: 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	897.44	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA ARITMOLOGICA	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: Drenaggio eco-guidato percutaneo, 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 DELLA TIROIDE	INCLUSO: 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	BIOPSIA ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	INCLUSO: Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide, 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 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	INCLUSO: Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclavari, ascellari o prescalenici	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 DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO	ESCLUSO: Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	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 ASCCESSO PERIANALE		S	S			41,9	S		09	49.01	INCISIONE DI ASCCESSO PERIANALE -

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	09	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - UNDERCUTTING DI TESSUTO PERIANALE	ESCLUSO: Fistulotomia anale (49.11)	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	INCLUSO: 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	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	INCLUSO: Asportazione o demolizione di ragadi anali; ESCLUSO: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31)	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 [EMORROIDECTOMIA] NAS		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	SFINTEROTOMIA ANALEA	INCLUSO: Divisione di sfintere NAS (interna)	S	S			50,2	S		09	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna)
1	09	50.11	BIOPSIA PERCUTANEA DEL FEGATO	INCLUSO: 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 ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	INCLUSO: Aspirazione diagnostica eco-guidata del fegato	S	S			216,9	S		09	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata
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 e/o ovaio (65.11), Peritoneo: legamenti dell' utero e/o 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 [PARACENTASI] ADDOMINALE		S	S			34,9	S		09	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoepitoneale (54.93)
1	09	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: Incisione della mammella (cute), Mammotomia; ESCLUSO: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi	S	S			35,8	S		09	85.0	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi
1	09	85.11	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA MAMMELLA		S	S			34,7	S		09	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA -
1	09	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] 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 ASCESO 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	PRECISAZIONI: 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	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	INCLUSO: Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	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 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)	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	INCLUSO: Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico - ESCLUSO: Sbrigliamento di: parete addominale (ferita), osso, muscolo, della mano, unghia	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 -

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	09	86.27	CURETTAGE UNGHIA, MATRICE O PLICA UNGUEALE	INCLUSO: Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico ESCLUSO: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	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	INCLUSO: 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 DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	8901.45	VISITA PROCTOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	8901.46	VISITA DERMOCHIRURGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	8901.50	VISITA CHIRURGIA SENSO DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	8901.74	VISITA CHIRURGIA ERNIARIA DI CONTROLLO		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	PRIMA VISITA CHIRURGICA		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	09	897.28	PRIMA VISITA PROCTOLOGICA		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	09	897.42	PRIMA VISITA DERMOCHIRURGICA		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	09	897.45	PRIMA VISITA CHIRURGIA SENSO		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	09	897.46	PRIMA VISITA CHIRURGICA ERNIARIA		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	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 SENZA INCISIONE	ESCLUSO: Scroto, Pene E Vulva	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 CHIRURGIA 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	PRIMA VISITA CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		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		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	INCLUSO: Peeling chimico della cute nella revisione dei granulomi peristomiali	S	S			8,6	S		12	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	12	86.25	DERMOABRAZIONE CON LASER - SINGOLA SEDUTA	ESCLUSO: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	S	S			20,4	S		12	86.25	DERMOABRAZIONE - 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	TOILETTA 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, PICCOLE DIMENSIONI, IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	ESCLUSO: Ferite con dimensioni oltre 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	86.62	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	INCLUSO: 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 -

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	8901.51	VISITA CHIRURGICA PLASTICA DELLA MANO 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	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA		S	S			20,7	S		12	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	12	897.47	PRIMA VISITA CHIRURGICA PLASTICA DELLA MANO		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 CHIRURGICA TORACICA DI CONTROLLO		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	PRIMA VISITA CHIRURGICA TORACICA		S	S			20,7	S		13	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	38.22	CAPILLAROSCOPIA [ ANGIOSCOPIA PERCUTANEA]	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	INCLUSO: 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	INIEZIONE ENDOARTERIOSA [PUNTURA DI ARTERIA]	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	ESCLUSO: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: 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	88771.0	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.2	ECOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.3	ECOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.4	ECOGRAFIA DISTRETTUALE ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88771.5	ECOGRAFIA DISTRETTUALE VENOSA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 SUPERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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 DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88772.3	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88772.4	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ARTERIOSA	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica; INCLUSO: Celiaco-mesenterico, iliaco cavale, fegato, parti molli	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	14	88772.5	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE VENOSA	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica; INCLUSO: Celiaco-mesenterico, iliaco cavale, fegato, parti molli	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	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	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	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	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	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	897.05	PRIMA VISITA ANGIOLOGICA		S	S			20,7	S		14	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	897.06	PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE		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	PRIMA VISITA EMATOLOGICA		S	S			20,7	S		18	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	19	06.11.1	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA TIROIDE	INCLUSO: 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	BIOPSIA ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	INCLUSO: Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide, 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	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	8901.72	VISITA AUXOLOGICA ENDOCRINOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	19	897.07	PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA		S	S			20,7	S		19	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	19	897.48	PRIMA VISITA AUXOLOGICA ENDOCRINOLOGICA		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	PRIMA VISITA IMMUNOLOGICA		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	8901.62	VISITA PSICOGERIATRICA 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	PRIMA VISITA GERIATRICA		S	S			20,7	S		21	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	21	897.50	PRIMA VISITA PSICOGERIATRICA		S	S			20,7	S		21	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	24	8901.39	VISITA INFETTIVOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		24	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	24	897.35	PRIMA VISITA INFETTIVOLOGICA		S	S			20,7	S		24	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	26	8901.40	VISITA MEDICINA GENERALE DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		26	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	26	8901.60	VISITA PER DISLIPIDEMIA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		26	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	26	8901.61	VISITA PER IPERTENSIONE DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		26	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	26	8901.75	VISITA MEDICINA DEL LAVORO DI CONTROLLO		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	PRIMA VISITA MEDICINA GENERALE		S	S			20,7	S		26	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	26	897.51	PRIMA VISITA MEDICINA DEL LAVORO		S	S			20,7	S		26	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	26	897.52	PRIMA VISITA PER DISLIPIDEMIA		S	S			20,7	S		26	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	26	897.53	PRIMA VISITA PER IPERTENSIONE		S	S			20,7	S		26	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	29	38.95	CATERETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE SINGOLO O DOPPIO		S	S			258,2	S		29	38.95	CATERETERISMO 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	39.95.3	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	PRECISAZIONI: 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 BIOCOMPATIBILI
1	29	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	INCLUSO: 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	INCLUSO: Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata. Tariffa da utilizzare per AFB-PFD;	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	INCLUSO: 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 CON EMOFILTRAZIONE TECNICA MISTA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata
1	29	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI IN ASSISTENZA DOMICILIARE	PRECISAZIONI: 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 BIOCOMPATIBILI in assistenza domiciliare
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	39952.0	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	ESCLUSO: la presenza del medico	S	S			129,1	S		29	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
1	29	39952.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA CON PRESENZA DEL MEDICO.	INCLUSO: la visita nefrologica di controllo	N	S			142	S		29	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA
1	29	39956.0	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA IN PRESENZA DEL MEDICO	INCLUSO: Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata. Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	N	S			219,5	S		29	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata
1	29	3995D.0	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	ESCLUSO: la presenza del medico.	S	S			267,3		S	29	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata
1	29	3995D.1	EMOFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA CON PRESENZA DEL MEDICO		N	S			280,2		S	29	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata
1	29	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOOPERITONEALE PER INSERZIONE DI CATETERE PERMANENTE PER DIALISI		S	S			104,6	S		29	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi
1	29	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	PRECISAZIONI: Intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; INCLUSO: 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)	PRECISAZIONI: Intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; INCLUSO: farmaci introdotti nelle sacche.	S	S			46,5	S		29	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)
1	29	54.98.3	DIALISI PERITONEALE DOMICILIARE AUTOMATIZZATA (APD)	PRECISAZIONI: Intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; INCLUSO: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	ECO(COLOR) DOPPLER ADDOME SUPERIORE	PRECISAZIONI: La prestazione è subordinata alla consegna del referto scritto e ad autorizzazione della direzione sanitaria	S	S			50		S	29	88.74.6	ECO( color )doppler Addome superiore
1	29	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 ORE] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	INCLUSO: Holter e giudizio medico	S	S			41,3	S		29	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -
1	29	8901.09	VISITA NEFROLOGICA DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto già inclusa nella stesura del piano di trattamento. La prestazione si riferisce alla 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	8903.07	STESURA DEL PIANO DI EMODIALISI O PERITONEALE		S	S			20,7	S		29	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano di emodialisi o peritoneale
1	29	897.08	PRIMA VISITA NEFROLOGICA	PRECISAZIONI: Non riferita al singolo trattamento si intende la 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.	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	29	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	ESCLUSO: la prestazione di anestesia da effettuare 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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	PRIMA VISITA NEUROCHIRURGICA		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	PRECISAZIONI: 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	COLORDOPPLER TRANSCRANICO -
1	32	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: EEG; 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	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	8901.69	VISITA NEUROGERIATRICA 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	8901.70	VISITA NEUROLOGICA CEFALEA 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	8901.71	VISITA NEUROLOGICA DEL SONNO 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	8913.0	PRIMA VISITA NEUROLOGICA		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA NEUROLOGICA -
1	32	8913.1	PRIMA VISITA NEUROGERIATRICA		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	8913.2	PRIMA VISITA NEUROLOGICA DEL SONNO		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	32	8913.3	PRIMA VISITA NEUROLOGICA CEFALEA		S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE DX	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	32	89153.1	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO INFERIORE DX	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 SUPERIORE SN	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	32	89153.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO INFERIORE SN	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		32	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	32	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE - CON SCALA PSICO-COMPORTAMENTALE	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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]	PRECISAZIONI: 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		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 polisinnogramma (89.17)
1	32	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - DENSITA' 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	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	PRECISAZIONI: Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon ; INCLUSO: EMG. INCLUSO 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	93.08.A	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)
1	32	93.08.C	STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO	PRECISAZIONI: 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	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	PRECISAZIONI: 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 : SEDUTA INDIVIDUALE	PRECISAZIONI: Riabilitazione funzioni mnestiche, 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 mnestiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)
1	32	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI : SEDUTA COLLETTIVA	PRECISAZIONI: Riabilitazione funzioni mnestiche, 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 mnestiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)
1	32	93084.0	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI LARINGEI	ESCLUSO: 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	93084.1	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI PERINEALI	ESCLUSO: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23)	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	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA		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	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA		S	S			23,2	S		33	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) - Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)
1	33	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		S	S			34,9	S		33	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO
1	33	89.14.2	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE E 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	PRECISAZIONI: 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	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: EEG; 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	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE DX	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 DX	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	89153.2	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE SN	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	89153.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO INFERIORE SN	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		33	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	33	897.11	PRIMA VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE	PRECISAZIONI: 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.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	PRECISAZIONI: 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
1	33	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]		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 polisinnogramma (89.17)
1	33	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	INCLUSO 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	93.09.1	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	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	PRECISAZIONI: Trattamento dei disturbi della deglutizione con o senza ausili - trattamento dei disturbi fonocartilaginei funzionali o organici periferici con o senza ausili. Seduta individuale di 45 minuti	S	S	S	12	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'	PRECISAZIONI: 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	12	46		S	33	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'
1	33	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO	PRECISAZIONI: Trattamento collettivo dei disturbi comunicativi. Max 5 pazienti. 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	12	7		S	33	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	33	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO	PRECISAZIONI: Trattamento collettivo dei disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo, condotto da due operatori (terapista/psicologo). Max 5 pazienti	S	S	S	12	7		S	33	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	33	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	PRECISAZIONI: 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, INCLUSO massaggio.	S	S	S	12	7		S	33	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO
1	33	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	PRECISAZIONI: Trattamento abilitativo in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, INCLUSO massaggio.	S	S	S	12	22		S	33	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE
1	33	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE		S	S	S	12	22		S	33	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE
1	33	93044.0	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: Valutazione lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica)- Valutazione lesioni degenerative del S.N.C.- Valutazione neuro-muscolari (età evolutiva o adulta)- Valutazione lesioni S.N.P.- Valutazione lesioni complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare. - 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	93117.0	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	PRECISAZIONI: 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).INCLUSO stimolazioni strumentali e bendaggio funzionale. INCLUSO anche la terap	S	S	S	12	46		S	33	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	33	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (DA 94.01.1 A 94.08.2 DELLA BRANCA 40)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	33	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Tale codice va utilizzato anche per "colloqui psicologo-clinico con cure -giver di pazienti adulti in carico"	S	S			22,3		S	33	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO
1	33	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	33	94121.0	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: 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	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	PRECISAZIONI: 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 ANCHILOBLEFARON		S	S			16,3	S		34	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron
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	INCLUSO: 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. XANTELASMA	INCLUSO: Asportazione che INCLUSO un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale.	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	INCLUSO: Asportazione che INCLUSO 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	INCLUSO: 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: 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 DELLA 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 nasolacrimale
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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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, CON 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 o tessuto congiuntiva(10.31) e/o Riparazione di Entropion o Ectropion con Termocoagulazione (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	INCLUSO: 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 DILENTE 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 ECCIMERI - PKR	PRECISAZIONI: La prestazione è da eseguire in caso di 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; INCLUSO: n. 3 visite di controllo successive all'intervento	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	PRECISAZIONI: La prestazione prevede correzioni di : distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali; INCLUSO: n. 3 visite di controllo successive all'intervento.	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 ECCIMERI - LASIK	PRECISAZIONI: La prestazione è da eseguire in caso di 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; INCLUSO: n. 3 visite di controllo successive all'intervento	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: 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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	PRECISAZIONI: (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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	8901.63	VISITA OCULISTICA PER GLAUCOMA 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	8901.64	VISITA OCULISTICA PER MACULOPATIA 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	8901.65	VISITA OCULISTICA PER STRABISMO 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	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	PRECISAZIONI: In caso di ipovedente la visita INCLUSO 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	95.03.1	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	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 SENSIBILITÀ AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica
1	34	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITÀ AL BUIO		S	S			7,8	S		34	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITÀ AL BUIO -
1	34	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITÀ AL CONTRASTO		S	S			7,8	S		34	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITÀ 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	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA (HRT O GDX O OCT)		S	S			53,5		S	34	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)
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	INCLUSO: anche il mezzo di contrasto utilizzato.	S	S			46,5	S		34	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -
1	34	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULARE CON VERDE INDOCIANINA	INCLUSO 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 MOTILITÀ OCULARE -
1	34	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - HESS LANCASTER		S	S			7,8	S		34	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisinnogramma (89.17)
1	34	95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN) -		S	S			33,6	S		34	95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN) -
1	34	95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG)		S	S			33,6	S		34	95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG) -
1	34	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)		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	ELETTROMIOGRAMMA DELL'OCCHIO (EMG)		S	S			31	S		34	95.25	ELETTROMIOGRAMMA 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	PRECISAZIONI: 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	9502.0	PRIMA VISITA OCULISTICA	INCLUSO: visita oculistica, 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	9502.1	PRIMA VISITA OCULISTICA PER GLAUCOMA	INCLUSO: visita oculistica, 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	9502.2	PRIMA VISITA OCULISTICA PER MACULOPATIA	INCLUSO: visita oculistica, 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	9502.3	PRIMA VISITA OCULISTICA PER STRABISMO	INCLUSO: visita oculistica, 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	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	9511.0	FOTOGRAFIA FUNDUS (RETINOGRAMMA) - OCCHIO DX	INCLUSO: 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 (RETINOGRAMMA) - OCCHIO SN	INCLUSO: 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	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 ORO-ANTRALE O FISTOLA DEL SENSO 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 muco-periostale - Incluso: Anestesia

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	35	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE, FINO DUE SUPERFICI; MEDIANTE OTTURAZIONE DELLA POLPA	INCLUSO: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto	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, TRE O PIU' SUPERFICI, MEDIANTE OTTURAZIONE	INCLUSO: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa, eventuale applicazione di perno endocanalare	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 A GIACCA IN RESINA	PRECISAZIONI: La prestazione prevede l' applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa; ESCLUSO: Protesi	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	ESCLUSO: Protesi	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 IN PORCELLANA	PRECISAZIONI: La prestazione prevede l' applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana; ESCLUSO: Protesi	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 IN RESINA O ORO RESINA	PRECISAZIONI: La prestazione prevede l' applicazione di corona a giacca in resina o oro resina, con perno moncone in lega aurea; ESCLUSO: Protesi	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 IN PORCELLANA O ORO-PORCELLANEA	PRECISAZIONI: La prestazione prevede l' applicazione di corona a giacca in porcellana o oro-porcellana, con perno moncone in lega aurea; ESCLUSO: Protesi	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	PRECISAZIONI: La prestazione prevede l'applicazione di elemento fuso in lega aurea o oro-resina o oro-porcellana, e/o l'applicazione di elemento di sovrastruttura per corona su impianti endossei (Per elemento); ESCLUSO: Protesi	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 COMPLETA	PRECISAZIONI: Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa per arcata. ESCLUSO: Protesi	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 PARZIALE	PRECISAZIONI: Trattamento per applicazione protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro per arcata; INCLUSO: Eventuali attacchi di precisione; ESCLUSO: Protesi	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	ESCLUSO: Protesi	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 O REIMPIANTO DI ELEMENTI DENTARI LUSSATI E/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 EDOOSSEP	ESCLUSO: Protesi	S	S			81,3	S		35	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endosseio
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	INCLUSO: Innesto libero o peduncolato. PRECISAZIONI: La prestazione è da intendersi per gruppo di 4 denti.	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	CHIRURGIA PARODONTALE: GENGIVOPLASTICA	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	PRECISAZIONI: 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)	ESCLUSO: Protesi	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)	ESCLUSO: Protesi	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 ORTOPEDICO FUNZIONALI	INCLUSO: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno). ESCLUSO: Protesi	S	S			116,2	S		35	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)
1	35	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	ESCLUSO: Protesi	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	INCLUSO: 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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 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	PRIMA VISITA ODONTOIATRICA		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	PRECISAZIONI: 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 APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	PRECISAZIONI: Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci. Riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte. 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 fratturata, ricementazione di corona o ponte
1	36	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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 -
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	INCLUSO: 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. 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	PRECISAZIONI: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	PRECISAZIONI: 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	88.79.3	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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	36	8901.53	VISITA ORTOPEDICA ANCA 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	8901.54	VISITA ORTOPEDICA GINOCCHIO 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	8901.55	VISITA ORTOPEDICA MANO 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	8901.56	VISITA ORTOPEDICA PIEDE 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	8901.57	VISITA ORTOPEDICA RACHIDE/COLONNA VERTEBRALE 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	8901.58	VISITA ORTOPEDICA SPALLA 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	PRIMA VISITA ORTOPEDICA		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	897.54	PRIMA VISITA ORTOPEDICA ANCA		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	897.55	PRIMA VISITA ORTOPEDICA GINOCCHIO		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	897.56	PRIMA VISITA ORTOPEDICA MANO		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	897.57	PRIMA VISITA ORTOPEDICA PIEDE		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	897.58	PRIMA VISITA ORTOPEDICA RACHIDE/COLONNA VERTEBRALE		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	897.59	PRIMA VISITA ORTOPEDICA SPALLA		S	S			20,7	S		36	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	36	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE ( SINGOLA SEDUTA)	PRECISAZIONI: Per seduta. Indipendentemente dal numero dei distretti trattati; ESCLUSO: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	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	PRECISAZIONI: 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	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - BUSTO GESSATO	PRECISAZIONI: 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 MUSCOLOSCHIELETRICO E TEGUMENTARIO	PRECISAZIONI: Riparazione apparecchi gessati	S	S			9,7	S		36	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati
1	36	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	PRECISAZIONI: 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 -
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 ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI CON VALUTAZIONE OOCITARIA	PRECISAZIONI: 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) . Comprensiva di valutazione oocitaria
1	37	65.91	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DI CISTI DELL' OVAIO	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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 MIRATA DELLA PORTIO BMS	PRECISAZIONI: A guida colposcopica - biopsia di una o piu' sedi	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	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - ELETTROCONIZZAZIONE DELLA CERVICE	INCLUSO: Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO	INCLUSO: Criocizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	S	S			44,6	S		37	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Criocizzazione 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	INCLUSO: 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 DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)		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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 INTRACITOPLOSMATICA (FIV/ICSI)	PRECISAZIONI: 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 ovarico	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	INCLUSO: Agoaspirazione Testicolare. PRECISAZIONI: 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	INCLUSO:Prelievo biotico di tessuto testicolare. PRECISAZIONI: 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 biotico di tessuto testicolare)
1	37	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET)	INCLUSO: valutazione embrionaria; ESCLUSO per via laparoscopica; PRECISAZIONI: 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/oociti/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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: 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	FUNICOLENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE		S	S			122,9	S		37	75.33.1	FUNICOLENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -
1	37	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA: ESTERNA IN GRAVIDANZA, NST O OCT		S	S			16,4	S		37	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiocografia esterna in gravidanza, NST o OCT
1	37	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA	INCLUSO: 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	INCLUSO: Vescica e pelvi maschili o femminili, 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 maschili o femminili, - 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: la prescrizione può essere effettuata 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	8901.66	VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA INFANZIA ED ADOLESCENZA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	37	8901.67	VISITA ENDOCRINO-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	8926.0	PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
1	37	8926.1	PRIMA VISITA ANDROLOGICA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
1	37	8926.2	PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA INFANZIA ED ADOLESCENZA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
1	37	8926.4	PRIMA VISITA ENDOCRINO-GINECOLOGICA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
1	37	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	PRECISAZIONI: 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
1	37	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE SINGOLA SEDUTA		S	S			14,8		S	37	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta
1	37	93.37	TRAINING PRENATALE .TRAINING PSICO-FISICO PER IL PARTO NATURALE INTERO CICLO	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: 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	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	INCLUSO: Cauterizzazione, Coagulazione, Criochirurgia, Curettage, Elettrocoagulazione, Enucleazione Asportazione di residuo, appendice, preauricolare, polipi, cisti. ESCLUSO: Biopsia dell'orecchio esterno	S	S			17	S		38	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - CauterizzazioneCoagulazioneCriochirurgiaCurettageElettrocoagulazioneEnucleazione 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	OTOEMMISSIONI ACUSTICHE: SOAE, TEOAE, DPOAE		S	S			9	S		38	20.39.1	OTOEMMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -
1	38	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	INCLUSO: Cateterismo, Insufflazione (acido bórico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione	S	S			15,2	S		38	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido bórico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione
1	38	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE		S	S			15,2	S		38	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE -
1	38	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE E ANTERIORE		S	S			27,8	S		38	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) -
1	38	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE E TAMPONAMENTO	PRECISAZIONI: Cura completa	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 O 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	INCLUSO: 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 TRACHEOSCOPIA	INCLUSO: Laringoscopia a fibre ottiche	S	S			27,1	S		38	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche
1	38	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	INCLUSO: Anestesia locale	S	S			7	S		38	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA - Incluso: Anestesia
1	38	31.42.2	LARINGOSTROSCOPIA		S	S			20,9	S		38	31.42.2	LARINGOSTROSCOPIA -
1	38	31.43	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELLA LARINGE IN LANGISCOPIA INDIRECTA O 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 -
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	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	8901.73	VISITA AUDIOLOGICA 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	897.14	PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA		S	S			20,7	S		38	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	38	897.15	PRIMA VISITA FONIATRICA		S	S			20,7	S		38	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	38	897.60	PRIMA VISITA AUDIOLOGICA		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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi - feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber	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 DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - ESAME CLINICO CON PROVE CALORICHE		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 DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - TEST POSIZIONALI O RILIEVO SEGNI SPONTANEI		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 SN - 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	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE		S	S			15,1	S		38	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -
1	38	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - INCLUSO LARINGOSCOPIA		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	8901.59	VISITA PEDIATRICA - ENDOCRINOLOGICA 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	PRIMA VISITA PEDIATRICA		S	S			20,7	S		39	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	39	897.61	PRIMA VISITA PEDIATRICA - ENDOCRINOLOGICA		S	S			20,7	S		39	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	40	897.17	PRIMA VISITA PSICHIATRICA		S	S			20,7	S		40	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	40	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	PRECISAZIONI: Per ogni sub test completo	S	S			9,7	S		40	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -
1	40	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA		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'	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Tale codice va utilizzato anche per "colloquio psicologico/neuro-psicologico"	S	S			19,4	S		40	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO
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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	PRECISAZIONI: 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	40	94121.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		40	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO
1	43	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE	INCLUSO: 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 e/o della prostata	S	S			63,7	S		43	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]
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	INCLUSO: 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	URETROSOCPIA		S	S			38,2	S		43	58.22	URETROSOCPIA -
1	43	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA		S	S			54	S		43	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -
1	43	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	INCLUSO: Asportazione di caruncola uretrale	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	PRECISAZIONI: 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. SINGOLA 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	CATETERIZZAZIONE URETERALE	INCLUSO: 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	CATETERIZZAZIONE URETERALE - Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, - dilatazione dell'orifizio ureterovescicale - Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)
1	43	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO	INCLUSO: 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 DELLA PROSTATA CON 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 CON 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)	PRECISAZIONI: 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 MANUALE FUNICOLO/TESTICOLO		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	INCLUSO: 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	INCLUSO: Vescica e pelvi maschili o femminili, 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 maschili o femminili, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	43	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	INCLUSO eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	S	S			43,4	S		43	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
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	8901.16	VISITA ANDROLOGICA 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	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	PRIMA VISITA UROLOGICA		S	S			20,7	S		43	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	43	93084.0	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI LARINGEI	ESCLUSO: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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	43	93084.1	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI PERINEALI	ESCLUSO: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23)	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	PRECISAZIONI: 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	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 -
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 O CONDILOMI DEL PENE	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	INCLUSO: 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	INCLUSO: Peeling chimico della cute nella revisione dei granulomi peristomali	S	S			8,6	S		52	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute
1	52	86.25	DERMOABRASIONE CON LASER - SINGOLA 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	CRIOTERAPIA DI LESIONE O TESSUTO CON AZOTO LIQUIDO. SINGOLA 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 DI LESIONE O TESSUTO CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO. SINGOLA SEDUTA		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. SINGOLA SEDUTA		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	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	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	8901.46	VISITA DERMOCIRURGICA 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	897.19	PRIMA VISITA DERMATOLOGICA		S	S			20,7	S		52	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	52	897.42	PRIMA VISITA DERMOCIRURGICA		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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)
1	52	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	PRECISAZIONI: Si 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)	PRECISAZIONI: 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. SINGOLA SEDUTA		S	S			27,9	S		56	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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		S	S			48,8	S		56	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG
1	56	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	8901.22	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	89153.0	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE DX	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 DX	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	89153.2	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO SUPERIORE SN	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	89153.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI ARTO INFERIORE SN	INCLUSO: EEG	S	S			34,9	S		56	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG
1	56	897.20	PRIMA VISITA FISIATRICA		S	S			20,7	S		56	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	56	8971.0	PRIMA VISITA FISIATRICA E VALUTAZIONE CLINICA	PRECISAZIONI: Tale prestazione, qualora effettuata, sostituisce 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	N	S			48,7		S	56	89.7.1	VALUTAZIONE CLINICA
1	56	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	PRECISAZIONI: Tale prestazione 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	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: Valutazione su disabilità 4 e 5 , anche strumentale, dei disturbi fono-articolatori funzionali o organici periferici e deglutizione atipica. 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
1	56	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: Valutazione o testificazione, anche strumentale, dell'afasia, della sordità, della dislessia, della balbuzie, della disartria e dei disturbi della deglutizione (Disabilità 2 e 3 ). Qualora effettuata può essere aggiunta una sola volta alle prestazioni riabilitative da piano di trattamento. INCLUSO: anche i tests somministrati	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]		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 polisonnogramma (89.17)
1	56	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	INCLUSO 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	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO	PRECISAZIONI: Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo disabilità secondarie a disturbi motori -sensitivi o cardio-respiratori. Massimo 5 pazienti	S	S	S	12	7		S	56	93.11.9	RIEDUCAZIONE IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE ( SINGOLA SEDUTA)	PRECISAZIONI: Manipolazione della colonna per seduta. 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 seguito di 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	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE	PRECISAZIONI: 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	S	12	22,5		S	56	93.39.3	TRATTAMENTO MANUALE PER DRENAGGIO LINFATICO O CONNETTIVALE
1	56	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - ELETTROANALGESIA TRANSCUTANEA (TENS, ALTO VOLTAGGIO)	PRECISAZIONI: Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento con specifica PRECISAZIONI 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	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	PRECISAZIONI: Ad esempio Kinesiotaping. Indipendentemente dal numero dei distretti trattati.	S	S			7,8	S		56	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO
1	56	93.56.8	BENDAGGIO FUNZIONALE		S	S			35		S	56	93.56.8	BENDAGGIO FUNZIONALE
1	56	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	PRECISAZIONI: Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi fonoarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. Trattamento disabilità secondarie a deglutizione atipica.	S	S	S	12	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'	PRECISAZIONI: 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	12	46		S	56	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'
1	56	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO	PRECISAZIONI: Disabilità 3 e 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi comunicativi e dell'alimentazione. Massimo 5 pazienti	S	S	S	12	7		S	56	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)
1	56	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO	PRECISAZIONI: Disabilità 2 e 3 . Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento disabilità secondarie a disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo. Massimo 5 pazienti	S	S	S	12	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	PRECISAZIONI: Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale , in pazienti con grave disabilità comunicativa.	S	S	S	12	46		S	56	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	56	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO	PRECISAZIONI: 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	12	46		S	56	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO
1	56	93043.0	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: 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	93044.0	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: Valutazione delle disabilità secondarie a lesioni: S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica); degenerative del S.N.C.; neuro-muscolari (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	93044.1	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: Prestazione da sostituirsi a 93044.0 qualora effettuata a completamento della medesima e deve essere oggetto di referto.	N	S			54		S	56	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93116.0	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	PRECISAZIONI: 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	12	22,5		S	56	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'
1	56	93116.1	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA' CON ATTREZZATURE SOFISTICATE	PRECISAZIONI: Tale prestazione sostituisce la rieducazione dei disturbi sensitivi a minore disabilità (93116.0) nel caso in cui la stessa sia completata della 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 referitare la seduta e documentare i relativi miglioramenti, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc).	N	S	S	12	45		S	56	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'
1	56	93117.0	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	PRECISAZIONI: 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; dismorfismi rachide, ustioni, Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche), cardio-respiratorie, oncologiche.	S	S	S	12	46		S	56	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	56	93117.1	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' CON ATTREZZATURE SOFISTICATE	PRECISAZIONI: Tale prestazione sostituisce la rieducazione dei disturbi sensitivi a maggior disabilità (93117.0) nel caso in cui la stessa sia completata della 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 referitare la seduta e documentare i relativi miglioramenti, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc).	N	S	S	12	68,5		S	56	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'
1	56	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)		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	PRECISAZIONI: Da considerarsi per singola seduta	S	S	S	10	6,7	S		56	99.29.7	MESOTERAPIA -
1	58	42.24	BIOPSIA ENDOSCOPICA DELL' ESOFAGO	INCLUSO: 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	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	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA	INCLUSO: polipectomia	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 HELYCOBACTER 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	PRECISAZIONI: 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, precancerose, 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: Colonoscopia 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: Colonoscopia 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	INCLUSO: Enteroscopia	S	S			144,6	S		58	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
1	58	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	INCLUSO: Endoscopia del colon discendente; ESCLUSO: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	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	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DI RETTO, COLON, ILEO-DISTALE	INCLUSO: 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	S			122,2	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	45.42	POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA INTESTINO CRASSO	INCLUSO: 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			116,2	S		58	45.42	Polipectomia endoscopica intestino crasso - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico. Escluso: Polipectomia con approccio addominale
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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	58	48.24	BIOPSIA ENDOSCOPICA DEL RETTO	INCLUSO: 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	88741.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE, CON CONTRASTO	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)
iao d	58	88756.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO CON MEZZO DI CONTRASTO	INCLUSO l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	N	S			152,4	S		58	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
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	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	8901.52	VISITA GASTROENTEROLOGICA EPATOLOGICA ( MALATTIE DEL FEGATO) 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	897.21	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA		S	S			20,7	S		58	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	58	897.49	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA EPATOLOGICA ( MALATTIE DEL FEGATO)		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 ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	INCLUSO: Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide, 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	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA POLSO O CAVIGLIA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO		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	88714.0	ECOGRAFIA DEL COLLO PER LINFONODI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	88992.0	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X LOMBARE		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 FEMORALE		S	S			31,5	S		61	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale
1	61	88992.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X 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	PRECISAZIONI: 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	VISITA MEDICO NUCLEARE PRE TRATTAMENTO	PRECISAZIONI: 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	PRIMA VISITA MEDICO-NUCLEARE		S	S			20,7	S		61	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	61	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera . Obbligatorie 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Studio mirato da eseguirsi su indicazioni cliniche precise per la ricerca di sedi di ectopia tiroidea; ESCLUSO: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	INCLUSO: colecisti, con o senza misurazione della funzionalità della colecisti. PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 informazioni quali scintigrafia renale con calcolo della funzione renale; INCLUSO: Scintigrafia renale sequenziale. Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata.	S	S			112,3	S		61	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Includo: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale
1	61	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE MEDIANTE CISTOSCINTIGRAFIA MINZIONALE DIRETTA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: La procedura trova un'utile applicazione soprattutto a complemento di uno studio renale statico (Tc99m-DMSA). Con con unica somministrazione di radiofarmaco	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Si utilizza la somministrazione intravenosa del tracciante nel paziente laddove non sia consigliabile o possibile eseguirsi cistoscintigrafia 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Si intende sia la localizzazione di una gastroenterorragia sia la ricerca di mucosa gastrica ectopica intestinale. Non INCLUSO 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	PRECISAZIONI: 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	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	PRECISAZIONI: 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.). In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO(FIRST PASS)	PRECISAZIONI: Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo(fisico o farmacolog.),studio del movim.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	PRECISAZIONI: Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo(fisico e/o farmacologico),studio del movim.di parete e fraz.di eiezione, analisi quantitativa. L'esame omprende: 1) Angiocardiocintigrafia 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	SCINTIGRAFIA SPLENICA	PRECISAZIONI: 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	SCINTIGRAFIA SPLENICA
1	61	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 INCLUSO 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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 eluzione 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	PRECISAZIONI: 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	92.09.8	TEST DI SHILLING	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO 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	INCLUSO: 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; Studio Completo	S	S			126,3	S		61	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA,STUDIO COMPLETO
1	61	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	PRECISAZIONI: Ogni PRECISAZIONI 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	INCLUSO: 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-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	PRECISAZIONI: 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
1	61	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) STUDIO QUANTITATIVO	PRECISAZIONI: 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. Obbligatorî reperti 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: n corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco. In particolare ne viene raccomandato l'uso per meglio situare anatomicamente e spazialmente anomalî 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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. Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusione / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	S	S			23	S		61	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusione / 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO: 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	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	61	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	INCLUSO: 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
1	61	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	INCLUSO: 1) Angioscintigrafia Distrettuale. INCLUSO 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-pertecnateo 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	PRECISAZIONI: 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	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO	PRECISAZIONI: Con Indicatori Positivi, Cellule Autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali. 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 DI AGENTE CITOTOSSICO O TETRACICLINA NELLA CAVITA' TORACICA	INCLUSO: Pleurodesi Chimica; ESCLUSO: Iniezione per collasso del polmone, Eventuale chemioterapico antitumorale (99.25)	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	INIEZIONE ENDOARTERIOSA [PUNTURA DI ARTERIA]		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. 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	PRECISAZIONI: 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	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO DI CHEMIOTERAPIA ONCOLOGICA	INCLUSO: 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	897.22	PRIMA VISITA ONCOLOGICA		S	S			20,7	S		64	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	64	93821.0	TERAPIA EDUCAZIONALE - 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO:racheobroncoscopia 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] IN BRONCOSCOPIA FIBRE OTTICHE O RIGIDA	INCLUSO: 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	89.17.3	MONITORAGGIO CARDIO RESPIRATORIO COMPLETO.	PRECISAZIONI:Secondo le linee guida regionali	S	S			139,4		S	68	89.17.3	Monitoraggio cardio respiratorio completo.
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	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	PRECISAZIONI: Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13.Somministrazione di un bronco costrittore 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	68	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - SINGOLO STIMOLO	PRECISAZIONI: 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 ALVEOLOCAPILLARE 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	PRECISAZIONI: Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. INCLUSO: - 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	INCLUSO: Analisi gas respiratori e determinazione della ventilazione con EGA, valutazione preliminare delle indicazioni e delle Ccontroindicazioni	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	PRECISAZIONI: Solo per pazienti cardio-respiratori ad inizio e fine trattamento, deve essere documentato da apposita scheda	S	S			55,8	S		68	89.44.2	TEST DEL CAMMINO -
1	68	89.61.2	OSSIMETRIA NOTTURNA O SATURIMETRIA NOTTURNA O PULSOOSSIMETRIA NOTTURNA	PRECISAZIONI: 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	89.65.2	TEST DELL' IPEROSSIA	INCLUSO: Emogasanalisi durante respirazione di o2 ad alta concentrazione	S	S			12,3	S		68	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia
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	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	89371.0	SPIROMETRIA SEMPLICE	PRECISAZIONI: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	89371.1	SPIROMETRIA SEMPLICE CON TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	PRECISAZIONI: A sostituzione della spirometria semplice il test codice(89371.0). Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di Beta stimolante.	N	S			60,4	S		68	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE
1	68	897.23	PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA		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 - SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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 - SINGOLA 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	69	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	INCLUSO: Drenaggio eco-guidato percutaneo, 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. PRE E POST		S	S			250		S	69	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA
1	69	06.11.2	BIOPSIA ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	INCLUSO: Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide, 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 GUIDATA		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 ECO-GUIDATA [AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	INCLUSO: Aspirazione diagnostica eco-guidata del fegato	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	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE	PRECISAZIONI: Nel caso delle vie biliari prestazione da aggiungere a 88.96.7	S	S			250		S	69	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE
1	69	55.93	ONDE D'URTO FOCALIZZATE, PER USO ORTOPEDICO. SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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 CON 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		S	S			66,4	S		69	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA [AGOBIOPIA] 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	INCLUSO: 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	AGOBIOPIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA		S	S			180,8		S	69	85.11.4	AGOBIOPIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA
1	69	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - ECO-GUIDATA	PRECISAZIONI: 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	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	INCLUSO: 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	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	INCLUSO: 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	87.06.1	RADIOGRAFIA (RX) CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI [SCIALOGRAFIA] IN 4 PROIEZIONI	INCLUSO: esame diretto	S	S			54,7	S		69	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Includo: esame diretto
1	69	87.09.2	STUDIO FUNZIONALE RADIOLOGICO DELLA DEGLUTIZIONE		S	S			66,6	S		69	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE con videoregistrazione
1	69	87.11.2	RADIOGRAFIA (RX) CON OCCLUSALE DI ARCATI DENTARIA SUPERIORE O INFERIORE		S	S			9,3	S		69	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATI DENTARIA Superiore o inferiore
1	69	87.11.3	PANORAMICA DENTARIA (OPT)		S	S			20,7	S		69	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATI 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	INCLUSO: Radiografia endorale (1 radiogramma)	S	S			6,2	S		69	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)
1	69	87.17.1	RADIOGRAFIA (RX) DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI, 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, IN 2 PROIEZIONI		S	S			17,3	S		69	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)
1	69	87.29	RADIOGRAFIA (RX) COMPLETA DELLA COLONNA, IN 2 PROIEZIONI	INCLUSO: Radiografia 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, IN 2 PROIEZIONI		S	S			34,9	S		69	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)
1	69	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE, IN 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	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino.	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 CONTRASTO		S	S			200		S	69	87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc
1	69	87.41.3	TAC CARDIACA, SENZA E CON CONTRASTO		S	S			200		S	69	87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc
1	69	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	INCLUSO: Tomografia bilaterale polmonare	S	S			49,1	S		69	87.42.1	TOMOSINTESI
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 (RX) COSTALE: DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA, IN 3 PROIEZIONI	INCLUSO: 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	87.49.1	RADIOGRAFIA (RX) DELLA TRACHEA IN 2 PROIEZIONI		S	S			15	S		69	87.49.1	RX della trachea - (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 Includo: esame diretto
1	69	87.62	RADIOGRAFIA (RX) DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE IN 6 PROIEZIONI O RADIOGRAMMI	PRECISAZIONI: Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno)	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 (RX) 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 (RX) 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	INCLUSO: Premedicazione e 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 (RX) DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE IN 5 RADIOGRAMMI	INCLUSO:Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie	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	PRECISAZIONI: 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 CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Esofago o clisma con gastrografin,ect.	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	TC DEI RENI E DELL'APPARATO URINARIO	INCLUSO: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	87.71.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo.	S	S			134,4	S		69	87.71.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo
1	69	87.72	TOMOSINTESI RENALE		S	S			27,9	S		69	87.72	TOMOGRRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia 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	INCLUSO:Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi o la sola uretrografia retrograda.	S	S			66,1	S		69	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)
1	69	87.79	RADIOGRAFIA (RX) DELL'APPARATO URINARIO IN 2 PROIEZIONI O RADIOGRAMMI	INCLUSO: Apparato urinario a vuoto, 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	8703.0	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLA SELLA TURCICA E ORBITE		S	S			74,9	S		69	87.03	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	8703.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CRANIO		S	S			74,9	S		69	87.03	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.0	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLA SELLA TURCICA E ORBITE, SENZA E CON CONTRASTO		S	S			120,4	S		69	87.03.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CRANIO, SENZA E CON CONTRASTO		S	S			120,4	S		69	87.03.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87031.2	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CRANIO, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			133,3	S		69	87.03.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo
1	69	87038.0	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale	S	S			120,4	S		69	87.03.8	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
1	69	87038.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	INCLUSO: ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale	N	S			133,3	S		69	87.03.8	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]
1	69	87161.0	RADIOGRAFIA (RX) DI OSSA DELLA FACCIA: ORBITE	PRECISAZIONI: Radiografia 2 Proiezioni	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	RADIOGRAFIA (RX) DI OSSA DELLA FACCIA: OSSA NASALI - RADIOGRAFIA (2PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: Radiografia 2 Proiezioni	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 (RX) ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	PRECISAZIONI: Radiografia 2 Proiezioni	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 (RX) EMIMANDIBOLA DESTRA	PRECISAZIONI: Radiografia 2 Proiezioni	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 (RX) EMIMANDIBOLA SINISTRA	PRECISAZIONI: Radiografia 2 Proiezioni	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	87161.6	RADIOGRAFIA (RX) MASTOIDI	INCLUSO: rocche, petrose, forami ottici. PRECISAZIONI: Radiografia 2 Proiezioni	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	8723.0	RX DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) ESAME DELLA COLONNA DORSALE	PRECISAZIONI: Almeno 2 proiezioni	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	8723.1	RX DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). RACHIDE DORSALE PER MORFOMETRIA	PRECISAZIONI: Almeno 2 proiezioni	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 (RX) DEL RACHIDE LOMBO SACRALE	PRECISAZIONI: Almeno 2 proiezioni. La prestazione dovrà essere codificata due volte nei seguenti casi: esame contemporaneo morfologico e dinamico; 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 (RX) REGIONE SACROCOCCIGEA	PRECISAZIONI: Almeno 2 proiezioni. La prestazione dovrà essere codificata due volte nei seguenti casi: esame contemporaneo morfologico e dinamico; 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	8724.3	RADIOGRAFIA (RX) DEL RACHIDE LOMBOSACRALE PER MORFOMETRIA VERT. (ALMENO 2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: La prestazione dovrà essere codificata due volte nei seguenti casi: esame contemporaneo morfologico e dinamico; 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8741.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	INCLUSO: polmoni,aorta torac.,trachea,esofago,sterno,coeste,mediastino]	S	S			77,7	S		69	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coeste, mediastino]
1	69	8741.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE AD ALTA RISOLUZIONE		S	S			77,7	S		69	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coeste, mediastino]
1	69	87411.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			137	S		69	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coeste, mediastino]
1	69	87432.1	ALTRA RADIOGRAFIA (RX) DI STERNO	PRECISAZIONI: 2 proiezioni	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 (RX) DEL TORACE DI ROUTINE, NAS , 1 proiezioni	PRECISAZIONI: Radiografia standard 1 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 (RX) DEL TORACE DI ROUTINE, NAS, 2 proiezioni	PRECISAZIONI: Radiografia standard 2 proiezioni	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	PRECISAZIONI: Per atresia anoretale	S	S			63,3	S		69	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anoretale
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 anoretale
1	69	87711.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	INCLUSO: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo. PRECISAZIONI: 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.	N	S			147,3	S		69	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo
1	69	8773.0	UROGRAFIA ENDOVENOSA	INCLUSO: esame diretto	S	S			89,4	S		69	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto
1	69	8773.1	UROGRAFIA ENDOVENOSA E CISTOGRAFIA (4 PROIEZIONI O RADIOGRAMMI)	PRECISAZIONI: Prestazione effettuata sempre e solo ad integrazione e sostituzione della prestazione 87.73. INCLUSO: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale	N	S			137,7	S		69	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto
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. PRECISAZIONI: 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.	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	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.	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	PRECISAZIONI: 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		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) PER STADIAZIONE ONCOLOGICA, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: 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 (RX) DELL'ADDOME (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: da utilizzarsi anche per l'esame diretto dei vasi.	S	S			19,4	S		69	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)
1	69	88.29	RADIOGRAFIA (RX) 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 (RX) COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	PRECISAZIONI: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	88.31	RADIOGRAFIA (RX) DELLO SCHELETRO IN TOTO	INCLUSO: cranio LL + cervicale LL + dorso-lombare AP ed LL+costale AP + bacino AP + eventuali ossa lunghe; PRECISAZIONI: Scheletro per patologia sistemica. 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 (RX) COMPLETA DEL LATTANTE		S	S			22,5	S		69	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE
1	69	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO	ESCLUSO: Articolazione temporomandibolare(87.13.1, 87.13.2); PRECISAZIONI: Minimo 4 proiezioni	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	88.33.2	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL 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	88.38.B	ANGIO TC (CON APPARECCHIATURA SPIRALE, MONOSTRATO O MULTISTRATO) ADINTEGRAZIONE ALTRA TC		S	S			50		S	69	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	PRECISAZIONI: 2 proiezionii	S	S			15,5	S		69	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)
1	69	88.42.1	AORTOGRAFIA: ANGIOGRAFIA DIGITALE ARTERIOSA DELL'AORTA E DELL'ARCO AORTICO		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	AORTOGRAFIA ADDOMINALE ANGIOGRAFIA DIGITALE DELL'AORTA ADDOMINALE		S	S			283,3	S		69	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell'aorta addominale
1	69	88.42.3	ANGIOPNEUMOGRAFIA	INCLUSO: Anche con iniezione selettiva	S	S			650		S	69	88.42.3	ANGIOPNEUMOGRAFIA
1	69	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI		S	S			283,3	S		69	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI
1	69	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE, CERVICALE, DORSALE, LOMBARE		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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	88.65.1	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	88.66.2	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	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	PRECISAZIONI: L'esame deve includere 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	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DELLA MAMMELLA	INCLUSO: esame bidimensionale. ESCLUSO: eco(colo)doppler della mammella monolaterale (da codificare nel 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		S	S			43,9	S		69	88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI
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	ECO(COLOR) DOPPLER ADDOME SUPERIORE	INCLUSO: L'analisi del fegato e vie biliari, pancreas, milza.	S	S			50		S	69	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	69	88.75.2	ECO(COLOR) DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	INCLUSO: Vesica 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 Vesica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler
1	69	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE		S	S			44		S	69	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE
1	69	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI	INCLUSO: 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	ECO(COLOR) 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	88.78.1	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	PRECISAZIONI: la prescrizione può essere effettuata da operatori certificati	S	S			31		S	69	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE
1	69	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO		S	S			28,4	S		69	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO
1	69	88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO	PRECISAZIONI: 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	88.79.3	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		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	88.79.6	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	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	INCLUSO eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	S	S			43,4	S		69	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE
1	69	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	PRECISAZIONI: da utilizzare per lo studio delle articolazioni; ESCLUSO: lo studio ecografico del bacino da codificare con 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	INCLUSO eventuale studio dinamico	S	S			44		S	69	88.79.B	ECOGRAFIA TRANSPERINEALE
1	69	88.79.C	ECOGRAFIA CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: da aggiungere, in caso di effettuazione, al singolo esame ecografico effettuato senza m.d.c.	S	S			92		S	69	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.
1	69	88.79.D	ECO(COLOR) DOPPLER APPLICATO AD ESAME DI BASE	PRECISAZIONI: da utilizzare ad integrazione delle seguenti 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	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	PRECISAZIONI: Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) del rachide, spinale	S	S			26,5	S		69	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale
1	69	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL MASSICCIO FACIALE	INCLUSO: sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari, e relativo distretto vascolare. PRECISAZIONI: Almeno tre sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL MASSICCIO FACIALE, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari, e relativo distretto vascolare. PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze in due proiezioni.	S	S			187,1	S		69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: da eseguire sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	S	S			184,8		S	69	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL COLLO	INCLUSO: faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, e relativo distretto vascolare. PRECISAZIONI: 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	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: da non utilizzare a completamento della prestazione 88.91.7	S	S			184,8	S		69	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto
1	69	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	PRECISAZIONI: da utilizzare ad integrazione della prestazPRECISAZIONI: da utilizzare ad integrazione della prestazione 88911.0 e 88912.0	S	S			100		S	69	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA
1	69	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: da non utilizzare a completamento della prestazione 88912.0	S	S			200		S	69	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto
1	69	88.91.B	SPETTROSCOPIA	PRECISAZIONI: da non utilizzare a completamento della prestazione 88911.0 o 88912.0	S	S			150		S	69	88.91.B	SPETTROSCOPIA
1	69	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: da utilizzare sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	S	S			44		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	PRECISAZIONI: da non utilizzare a completamento della prestazione 88912.0	S	S			160		S	69	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto
1	69	88.91.E	RISONANZA MAGNETICA (RM) TEMPOROMANDIBOLARE CON BOBINA DEDICATA E STUDIO DINAMICO		S	S			160		S	69	88.91.E	RM Temporomandibolare con bobina dedicata e studio dinamico
1	69	88.92	RM DEL TORACE	INCLUSO: Mediastino, esofago e 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 (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: Mediastino ,esofago e relativo distretto vascolare. Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	PRECISAZIONI: Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.1	S	S			184,8	S	S	69	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO
1	69	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA (RM) DELLA MAMMELLA BILATERALE SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO BILATERALE	PRECISAZIONI: 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. Comprensivo anche dell'eventuale esame diretto.	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	88.94.3	ANGIO-RM ARTO O ARTI SUPERIORI CON MDC	PRECISAZIONI: La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto.	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 CON MDC	PRECISAZIONI: La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto.	S	S			320		S	69	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI
1	69	88.94.C	ARTRO-RM CON MDC INTRA-ARTICOLARE	PRECISAZIONI: Almeno 3 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			250		S	69	88.94.C	ARTRO-RM ( con m.d.c. intra-articolare)
1	69	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE		S	S			184,8	S		69	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE
1	69	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE		S	S			184,8	S		69	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE
1	69	88.95.7	RISONANZA MAGNETICA (RM) ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	PRECISAZIONI: 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 (RM) ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE , SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) E CON STUDIO FUNZIONALE MOTORIO O VERBALE		S	S			250		S	69	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)
1	69	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA POLSO O CAVIGLIA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO		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
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	8821.0	RADIOGRAFIA (RX) DELLA SPALLA DX (2 PROIEZIONI )		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	8821.1	RADIOGRAFIA (RX) DEL BRACCIO DX (2 PROIEZIONI )		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	8821.3	RADIOGRAFIA (RX) DELLA SPALLA SN (2 PROIEZIONI )		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	8821.4	RADIOGRAFIA (RX) DEL BRACCIO SN (2 PROIEZIONI )		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 (RX) GOMITO DX (2 PROIEZIONI)		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8822.1	RADIOGRAFIA (RX) GOMITO SN (2 PROIEZIONI)		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8822.2	RADIOGRAFIA (RX) AVAMBRACCIO DX (2 PROIEZIONI)		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8822.3	RADIOGRAFIA (RX) AVAMBRACCIO SN (2 PROIEZIONI)		S	S			15	S		69	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio
1	69	8823.0	RADIOGRAFIA (RX) POLSO DX (2 PROIEZIONI)		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 (RX) POLSO SN (2 PROIEZIONI)		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	8823.2	RADIOGRAFIA (RX) MANO DX (2 PROIEZIONI)		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 (RX) MANO SN (2 PROIEZIONI)		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 (RX) 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 (RX) ANCA DX		S	S			17,6	S		69	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
1	69	8826.2	RADIOGRAFIA (RX) ANCA SN		S	S			17,6	S		69	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca
1	69	8827.0	RADIOGRAFIA (RX) DEL FEMORE DX (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: 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	8827.1	RADIOGRAFIA (RX) DEL FEMORE SN (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: 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	8827.4	RADIOGRAFIA (RX) DELLA GAMBA DX (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: 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			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.5	RADIOGRAFIA (RX) DELLA GAMBA SN (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: 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			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8828.2	RADIOGRAFIA (RX) DELLA CAVIGLIA DX ( 2 PROIEZIONI )	PRECISAZIONI: Codice da utilizzare anche per prestazione effettuata in situazione di carico. 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	8828.3	RADIOGRAFIA (RX) DELLA CAVIGLIA SN ( 2 PROIEZIONI )	PRECISAZIONI: 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	88292.0	RADIOGRAFIA (RX) ASSIALE DELLA ROTULA (3 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: Proiezioni a 30°, 60°, 90°.	S	S			26,3	S		69	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)
1	69	88381.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	PRECISAZIONI: 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88381.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE DORSALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	PRECISAZIONI: 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 E DELLO SPECO VERTEBRALE	PRECISAZIONI: 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	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione di TC cervicale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). INCLUSO anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE DORSALE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione di TC dorsale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). INCLUSO anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. 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	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL LOMBO - SACRALE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione di TC lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). INCLUSO anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. 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) DI SPALLA E BRACCIO DX		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) DI GOMITO E AVAMBRACCIO DX		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) DI POLSO E MANO DX		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	88383.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI SPALLA E BRACCIO SN		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	88383.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI GOMITO E AVAMBRACCIO SN		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	88383.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI POLSO E MANO SN		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) DI SPALLA E BRACCIO DX, CON E/O SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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) DI GOMITO E AVAMBRACCIO DX, CON E/O SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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) DI POLSO E MANO DX, CON E/O SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88384.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI SPALLA E BRACCIO SN, CON E/O SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88384.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI GOMITO E AVAMBRACCIO SN, CON E/O SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88384.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI POLSO E MANO SN, CON E/O SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88386.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE E FEMORE DX		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) DEL GINOCCHIO E GAMBA DX		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) DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE DX		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	88386.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE E FEMORE SN		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	88386.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL GINOCCHIO E GAMBA SN		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]

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88386.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE SN		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) DI ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE E FEMORE DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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) DEL GINOCCHIO E GAMBA DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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) DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE DX, SENZA E/CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88387.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DI ARTICOLAZIONE COXO-FEMORALE E FEMORE SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88387.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL GINOCCHIO E GAMBA SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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	88387.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLA CAVIGLIA E DEL PIEDE SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto.	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 DX	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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 DX	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.10	ARTRO TC SPALLA DX	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.11	ARTRO TC SPALLA SN	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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 DX	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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 DX	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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 DX	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.5	ARTRO TC GOMITO SN	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.6	ARTRO TC GINOCCHIO SN	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.7	ARTRO TC ANCA SN	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.8	ARTRO TC CAVIGLIA SN	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88388.9	ARTRO TC POLSO SN	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione effettuata con iniezione di mezzo contrasto 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	88714.0	ECOGRAFIA DEL COLLO PER LINFONODI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	88714.1	ECOGRAFIA GHIANDOLE SALIVARI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	88714.2	ECOGRAFIA TIROIDE - PARATIROIDI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	88715.0	ECOGRAFIA ORBITA DX		S	S			33,5		S	69	88.71.5	ECOGRAFIA ORBITA
1	69	88715.1	ECOGRAFIA ORBITA SN		S	S			33,5		S	69	88.71.5	ECOGRAFIA ORBITA
1	69	88741.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE, CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali ovvero fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo; INCLUSO: anche l'eventuale eco(color)doppler. ESCLUSO: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	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	88751.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	INCLUSO: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili 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 femminili Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88751.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE CON CONTRASTO	INCLUSO: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili ESCLUSO: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	N	S			124	S		69	88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso: Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	69	88756.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO CON MEZZO DI CONTRASTO	INCLUSO l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	N	S			152,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88772.0	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88772.1	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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 DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA	PRECISAZIONI: 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	88772.3	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI VENOSA	PRECISAZIONI: 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	88772.4	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE ARTERIOSA	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica; INCLUSO: Celiaco-mesenterico, iliaco cavale, fegato, parti molli	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	88772.5	ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DISTRETTUALE VENOSA	PRECISAZIONI: A riposo o dopo prova fisica o farmacologica; INCLUSO: Celiaco-mesenterico, iliaco cavale, fegato, parti molli	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	88911.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	PRECISAZIONI: 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	88914.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: eventuale, 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.	N	S			200	S		69	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocce petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88917.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLLO CON CONTRASTO	INCLUSO faringe, laringe, parotidi ghiandole saliv., tiroide-paratiroidi. PRECISAZIONI: eventuale, relativo, distretto vascolare. Almeno 5 sequenze in due proiezioni.	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	88917.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLLO CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			200	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	88921.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	INCLUSO: Mediastino, esofago e relativo distretto vascolare. PRECISAZIONI: 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.	N	S			194,2	S		69	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare
1	69	88923.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL CUORE	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			120,1	S		69	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE
1	69	88924.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze in 4 proiezioni. 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	88924.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			200	S		69	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88925.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL CUORE CON CINE-RM DEL CUORE	PRECISAZIONI: Prestazione di CINE RM eseguita sempre a sostituzione della prestazione 88923.0	N	S			352,9	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	69	88925.2		PRECISAZIONI: Prestazione di CINE RM eseguita sempre a sostituzione della prestazione 88924.0	N	S			419,9	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	69	88929.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO BILATERALE CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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. Comprensivo anche dell'eventuale esame diretto.	N	S			200	S		69	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)
1	69	8893.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA CERVICALE	PRECISAZIONI: 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	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA TORACICA	PRECISAZIONI: 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	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA LOMBOSACRALE	PRECISAZIONI: 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 (RM) COLONNA CERVICALE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA TORACICA, CON E SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	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 (RM) COLONNA LOMBOSACRALE, CON E SENZA CONTRASTO	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			181,3	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.3	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA CERVICALE, CON E SENZA CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			194,2	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.4	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA TORACICA, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			194,2	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88931.5	RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA LOMBOSACRALE, CON E SENZA CONTRASTO COMPRESA VIS MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			194,2	S		69	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale
1	69	88941.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) POLSO DX	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88941.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) GINOCCHIO DX	PRECISAZIONI: 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	88941.10	RISONANZA MAGNETICA (RM) GINOCCHIO SN	PRECISAZIONI: 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	88941.11	RISONANZA MAGNETICA (RM) CAVIGLIA SN	PRECISAZIONI: 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	88941.12	RISONANZA MAGNETICA (RM) AVAMBRACCIO SN	PRECISAZIONI: 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	88941.13	RISONANZA MAGNETICA (RM) MANO SN	PRECISAZIONI: 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	88941.14	RISONANZA MAGNETICA (RM) GAMBA SN	PRECISAZIONI: 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	88941.15	RISONANZA MAGNETICA (RM) PIEDE SN	PRECISAZIONI: 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	88941.2	RISONANZA MAGNETICA (RM) CAVIGLIA DX	PRECISAZIONI: 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 (RM) AVAMBRACCIO DX	PRECISAZIONI: 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	88941.4	RISONANZA MAGNETICA (RM) MANO DX	PRECISAZIONI: 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 (RM) GAMBA DX	PRECISAZIONI: 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 (RM) PIEDE DX	PRECISAZIONI: 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	88941.7	RISONANZA MAGNETICA (RM) GOMITO DX	PRECISAZIONI: 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	88941.8	RISONANZA MAGNETICA (RM) GOMITO SN	PRECISAZIONI: 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	88941.9	RISONANZA MAGNETICA (RM) POLSO SN	PRECISAZIONI: 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	88942.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) GOMITO DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) POLSO DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88942.10	RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA E CON CONTRASTO : GINOCCHIO SN	PRECISAZIONI: 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	88942.11	RISONANZA MAGNETICA (RM) SENZA E CON CONTRASTO : CAVIGLIA SN	PRECISAZIONI: 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	88942.12	RISONANZA MAGNETICA (RM) AVAMBRACCIO SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.13	RISONANZA MAGNETICA (RM) MANO SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.14	RISONANZA MAGNETICA (RM) GAMBA SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: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	88942.15	RISONANZA MAGNETICA (RM) PIEDE SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.16	RISONANZA MAGNETICA (RM) GOMITO DX , SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.17	RISONANZA MAGNETICA (RM) GOMITO SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.18	RISONANZA MAGNETICA (RM) POLSO DX , SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.19	RISONANZA MAGNETICA (RM) POLSO SN , SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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 (RM) GINOCCHIO DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.20	RISONANZA MAGNETICA (RM) GINOCCHIO DX , SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.21	RISONANZA MAGNETICA (RM) GINOCCHIO SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.22	RISONANZA MAGNETICA (RM) CAVIGLIA DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.23	RISONANZA MAGNETICA (RM) CAVIGLIA SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.24	RISONANZA MAGNETICA (RM) AVAMBRACCIO DX SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.25	RISONANZA MAGNETICA (RM) AVAMBRACCIO SN, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88942.26	RISONANZA MAGNETICA (RM) MANO DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.27	RISONANZA MAGNETICA (RM) MANO SN , SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.28	RISONANZA MAGNETICA (RM) GAMBA DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.29	RISONANZA MAGNETICA (RM) GAMBA SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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 (RM) CAVIGLIA DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.30	RISONANZA MAGNETICA (RM) PIEDE DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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	88942.31	RISONANZA MAGNETICA (RM) PIEDE SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	N	S			217,1	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 (RM) AVAMBRACCIO DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) MANO DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) GAMBA DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) PIEDE DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.8	RISONANZA MAGNETICA (RM) GOMITO SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88942.9	RISONANZA MAGNETICA (RM) POLSO SN, SENZA E CON CONTRASTO.	PRECISAZIONI: 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	88943.0	ANGIO-RM ARTO O ARTI SUPERIORI CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			197,7	S		69	88.94.3	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI
1	69	88944.0	ANGIO-RM ARTO O ARTI INFERIORI CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			332,9		S	69	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI
1	69	8894A.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI SPALLA DX	PRECISAZIONI: 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894A.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI BACINO	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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.10	RISONANZA MAGNETICA (RM) BRACCIO/OMERO SN	PRECISAZIONI: Almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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 (RM) DI ARTICOLAZIONE SACRO-ILIACHE	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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 (RM) ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE DX	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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 (RM) DI CINGOLO SCAPOLARE	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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 (RM) COSCIA/FEMORE DX	PRECISAZIONI: Almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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 (RM) BRACCIO/OMERO DX	PRECISAZIONI: Almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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.7	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI SPALLA SN	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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.8	RISONANZA MAGNETICA (RM) ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SN	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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.9	RISONANZA MAGNETICA (RM) COSCIA/FEMORE SN	PRECISAZIONI: Almeno 3 sequenze nei diversi piani di scansione	S	S			150		S	69	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894B.0	RISONANZA MAGNETICA (RM),SENZA E CON CONTRASTO, DI SPALLA DX	PRECISAZIONI: 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 (RM),SENZA E CON CONTRASTO, DI BACINO	PRECISAZIONI: 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.10	RISONANZA MAGNETICA (RM),SENZA E CON CONTRASTO, DI BRACCIO/OMERO SN	PRECISAZIONI: 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.11	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI BACINO, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione. 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	N	S			262,9		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.13	RISONANZA MAGNETICA (RM) COXO_FEMORALE DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione. 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	N	S			262,9		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.14	RISONANZA MAGNETICA (RM) COXO_FEMORALE SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione 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	N	S			262,9		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.15	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI CINGOLO SCAPOLARE, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione 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	N	S			262,9		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.16	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI COSCIA/FEMORE DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione.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	N	S			262,9		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.17	RISONANZA MAGNETICA (RM), DI COSCIA/FEMORE SN, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione. 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	N	S			262,9		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.18	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI BRACCIO/OMERO DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione. 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	N	S			262,9		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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894B.19	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI BRACCIO/OMERO SN, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 4 sequenze nei diversi piani di scansione. 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	N	S			262,9		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 (RM) DI ARTICOLAZIONE SACRO-ILIACHE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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.20	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI SPALLA DX, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione 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	N	S			262,9		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.21	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI SPALLA SN CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione 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	N	S			262,9		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 (RM) COXO_FEMORALE DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) DI CINGOLO SCAPOLARE, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) DI COSCIA/FEMORE DX, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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 (RM) DI BRACCIO/OMERO DX , SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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.7	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI SPALLA SN , SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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.8	RISONANZA MAGNETICA (RM) COXO_FEMORALE SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8894B.9	RISONANZA MAGNETICA (RM) DI COSCIA/FEMORE SN, SENZA E CON CONTRASTO	PRECISAZIONI: 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	88951.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	PRECISAZIONI:Almeno 4 sequenze in 2 proiezione; INCLUSO: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	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	88952.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare; PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze in 2 proiezione.	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	88952.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	INCLUSO: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare; PRECISAZIONI: 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.	N	S			200	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	88954.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	PRECISAZIONI: 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	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL PENE	PRECISAZIONI: 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 (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: relativo distretto vascolare. Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni.	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	RISONANZA MAGNETICA (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	88955.3	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL PENE SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			200	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	8895A.0	COLANGIO - RM AD INTEGRAZIONE	PRECISAZIONI: Prestazione da eseguirsi a completamento della prestazione cod. 88951.0 e 88952.0. Almeno 2 sequenze specifiche.	S	S			50	S		69	88.95.A	COLANGIOANGIO RM ad integrazione
1	69	8895B.0	COLANGIO - RM	PRECISAZIONI: Prestazione da eseguirsi non a completamento della prestazione cod. 88951.0. Almeno 2 sequenze specifiche.	S	S			150	S		69	88.95.B	COLANGIOANGIO RM
1	69	88992.0	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X LOMBARRE		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	88992.2	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 visita specialistica, Prima visita
1	69	897.24	PRIMA VISITA RADIOLOGICA		S	S			20,7	S		69	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
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		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	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	PRECISAZIONI: 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	8901.28	VISITA RADIOTERAPICA DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: 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 visita specialistica, Prima visita
1	70	8903.03	VISITA RADIOTERAPICA PRE TRATTAMENTO E STESURA PIANO CHEMIO-ONCOLOGICO	PRECISAZIONI: 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	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 SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: Per seduta e per focolaio. La voce Roentgenterapia ;INCLUSO 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.	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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 SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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 SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Ogni seduta successiva	S	S			150		S	70	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive
1	70	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 sovradosi)	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.	PRECISAZIONI: 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.	PRECISAZIONI: 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	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO. CONTROLLO FISICO DELLA RIPETIBILITÀ DEL TRATTAMENTO..	INCLUSO: 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)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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
1	70	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	PRECISAZIONI: 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	INCLUSO 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Per l'intero trattamento	S	S			200		S	70	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	70	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE MEDIANTE PELLICOLA, EPID, ULTRASUONI O TRACKING OTTICO	INCLUSO: 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	92294.0	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO CALCOLO DELLA DOSE IN PUNTI.	PRECISAZIONI: Si tratta dello studio senza la produzione di mappe isodosi; 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	92294.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	PRECISAZIONI: In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2) L'esecuzione della prestazione prevede anche il computo della dose assoluta e, quindi, va sostituita alla prestazione 92294.0. Si applica il codice 92.29.5	N	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	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE.	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: per seduta e per focolaio trattato escluse operazioni 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	CAPILLAROSCOPIA [ ANGIOSCOPIA PERCUTANEA]	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. SINGOLA SEDUTA		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	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA		S	S			11,6	S		71	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -
1	79	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE	INCLUSO: 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	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	PRECISAZIONI: Per valutazioni BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. INCLUSO: - 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	8901.30	VISITA DIETOLOGICA DI CONTROLLO	PRECISAZIONI: 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	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO DIETETICO-NUTRIZIONALE	PRECISAZIONI: 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	897.27	PRIMA VISITA DIETOLOGICA	PRECISAZIONI: Visita dietologica per nutrizione per via orale o artificiale; INCLUSO: - 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	PRECISAZIONI: Valutazione dietetica per nutrizione per via orale o artificiale; INCLUSO: - 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	PRECISAZIONI: Valutazione dietetica 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: Può essere eseguita con metodica in mono o multifrequenza, quest'ultima fornisce risultati più 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Per manovre di riparazione e/o distruzione. Per riparazione si intende la sostituzione di parti lesionate con apposito kit di riparazione (parte esterna del catetere). La distruzione può 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	PRECISAZIONI: Sostituzione di parti lesionate con appositi kit di riparazione. Distruzione 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 CURE PALLIATIVE DI CONTROLLO		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	PRIMA VISITA CURE PALLIATIVE		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		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. BLOCCO DEL GANGLIO DI GASSE E RAMI	ESCLUSO: le anestesi per intervento PRECISAZIONI: Per Anelgesia	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 anestesi per intervento
1	82	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO. BLOCCO DEGLI INTERCOSTALI	ESCLUSO: le anestesi per intervento. PRECISAZIONI: Per Anelgesia	S	S			15,5	S		82	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesi per intervento

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	82	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	INCLUSO: 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 ANESTESIOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		82	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	82	8901.48	VISITA ANESTESIOLOGICA TERAPIA DOLORE (ANTALGICA) DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		82	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	82	897.41	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA		S	S			20,7	S		82	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	82	897.43	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA TERAPIA DOLORE (ANTALGICA)		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)	PRECISAZIONI: 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 - SINGOLA SEDUTA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	90681.001	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C1 PENICILLOYL G		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.002	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C2 PENICILLOYL V		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.003	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C202 SUCCINILCOLINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.004	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C209 CHIMOPAPAINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.005	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C5 AMPICILLINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.006	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C6 AMOXICILLINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.007	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C7 CEFACLOR		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.008	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C70 INSULINA PORCINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.009	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C71 INSULINA BOVINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.010	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C73 INSULINA UMANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.011	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C74 GELATINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.012	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: C8 CLOREXIDINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.013	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D01 DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.014	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D02 DERMATOPHAGOIDES FARINAE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.015	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D03 DERMATOPHAGOIDES MICRO CERAS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.016	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D201 BLOMIA TROPICALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.017	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D70 ACARUS SIRO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.018	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D71 LEPIDOGYPHUS DESTRUCTOR		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.019	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D72 TYROPHAGUS PUTRESCENTIAE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.020	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D73 GLYCYPHAGUS DOMESTICUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.021	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D74 EUROGLYPHUS MAYNEI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.022	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D202 RDER P 1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.023	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D203 RDER P 2		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.024	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: D205RDERP10 TROPOMYOSIN HOUSE DUST MITE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.025	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E01 FORFORA ED EPITELIO DI GATTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.026	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E101 CAN F 1 DOG		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.027	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E102 CAN F 2 DOG		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.028	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E196 PIUME DI CALOPSITTA,PAPPAGALLO CON CIUFFO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.029	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E197 ECREMENTI DI CALOPSITTA,PAPPAGALLO CON CIUFFO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.030	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E198 PROTEINE SERICHE DI CALOPSITTA,PAPPAGALLO CON CIUFFO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.031	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E199 PROTEINE SERICHE DI CANARINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.032	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E200 EScrementI DI CANARINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.033	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E201 PIUME DI CANARINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.034	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E202 EPITELIO DI RENNA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.035	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E203 EPITELIO DI VIGONE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.036	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E204 BSA (ALBUMINA SERICA BOVINA)		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.037	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E205 SIERO DI CAVALLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.038	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E206 PROTEINE SERICHE DI CONIGLIO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.039	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E208 EPITELIO DI CINCILLA'		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.040	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E209 EPITELIO DI GERBILLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.041	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E210 EPITELIO DI VOLPE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.042	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E211 PROTEINE URINARIE DI CONIGLIO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.043	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E213 PIUME DI PAPPAGALLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.044	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E214 PIUME DI FRINGUELLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.045	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E215 PIUME DI PICCIONE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.046	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E216 EPITELIO DI CERVO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.047	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E217 EPITELIO DI FURETTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.048	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E218 EScrementI DI POLLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.049	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E219 PROTEINE SERICHE DI POLLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.050	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E220 ALBUMINA SIERICA DI GATTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.051	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E221 N CANF3 ALBUMINA SIERICA DI CANE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.052	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E222 ALBUMINA SIERICA DI MAIALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.053	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E228 NCANF5		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.054	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E3 FORFORA DI CAVALLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.055	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E4 FORFORA DI VACCA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.056	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E5 FORFORA DI CANE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.057	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E6 EPITELIO DI CAVIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.058	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E7 EScrementI DI PICCIONE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.059	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E70 PIUME D'OCA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.060	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E71 EPITELIO DI TOPO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.061	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E72 PROTEINE URINARIE DI TOPO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.062	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E73 EPITELIO DI RATTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.063	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E74 PROTEINE URINARIE DI RATTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.064	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E75 PROTEINE SERICHE DI RATTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.065	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E76 PROTEINE SERICHE DI TOPO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.066	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E77 EScrementI DI COCORITO O PAPPAGALLINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.067	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E78 PIUME DI COCORITO O PAPPAGALLINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.068	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E79 PROTEINE SERICHE DI COCORITO O PAPPAGALLINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.069	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E80 EPITELIO DI CAPRA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.070	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E81 EPITELIO/LANA DI PECORA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.071	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E82 EPITELIO DI CONIGLIO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.072	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E83 EPITELIO DI MAIALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.073	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E84 EPITELIO DI CRICETO (HAMSTER)		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.074	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E85 PIUME DI GALLINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.075	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E86 PIUME DI ANATRA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.076	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E87 PROTEINE SERICHE E URINARIE DI RATTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.077	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E88 PROTEINE SERICHE E URINARIE DI TOPO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.078	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E89 PIUME DI TACCHINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.079	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: E94 FEL D 1 CAT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.080	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F1 ALBUME		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.081	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F10 SEMI DI SESAMO SESAMUM INDICUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.082	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F11 GRANO SARACENO FAGOPYRUM ESCULENTUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.083	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F12 PISELLI PISUM SATIVUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.084	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F124 FARRO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.085	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F13 ARACHIDE ARACHIS HYPOGAEAE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.086	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F14 SEMI DI SOIA GLYCINE MAX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.087	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F15 FAGIOLI BIANCHI PHASEOLUS VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.088	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F17 NOCCIOLA CORYLUS AVELLANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.089	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F18 NOCE BRASILIANA BERTHOLLETIA EXCELSA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.090	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F2 LATTE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.091	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F20 MANDORLA AMYGDALUS COMMUNIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.092	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F201 NOCE AMERICANA CARYA ILLINOENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.093	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F202 ANACARDIO ANACARDIUM OCCIDENTALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.094	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F203 PISTACCHIO PISTACIA VERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.095	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F204 TROTA ONCORHYNCHUS MIKISS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.096	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F205 ARINGA CUPLEA HARENGUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.097	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F206 SGOMBRO SCOMBER SCOMBRUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.098	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F207 VONGOLA RUDITAPES SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.099	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F208 LIMONE CITRUS LIMON		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.100	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F209 POMPELMO CITRUS PARADISI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.101	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F210 ANANAS ANANAS COMOSUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.102	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F211 MORA RUBUSFRUTICOSUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.103	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F212 FUNGHI (CHAMPIGNON)		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.104	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F213 CARNE DI CONIGLIO ORYCTOLAGUS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.105	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F214 SPINACI SPINACHIA OLERACEA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.106	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F215 LATTUGA LACTUCA SATIVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.107	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F216 CAVOLO BRASSICA OLERACEA VAR.CAP.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.108	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F217 CAVOLINI DI BRUXELLES		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.109	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F218 PAPRICA(PEPERONE)CAPSICUM ANNUUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.110	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F219 SEMI DI FINOCCHIO FOENICULUM VULGARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.111	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F221 CAFFE' COFFEA SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.112	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F222 TE' CAMELLIA SINENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.113	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F224 SEMI DI PAPAVERO PAPAVER SOMNIFERUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.114	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F225 ZUCCA CUCURBITA PEPO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.115	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F226 SEMI DI ZUCCA CUCURBITA PEPO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.116	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F227 BARBABIETOLA DA ZUCCHERO BETA VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.117	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F23 GRANCHIO COMUNE CANCER PAGARUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.118	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F231 LATTE BOLLITO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.119	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F232 NGALD2 OVOALBUMINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.120	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F233 NGALD1 OVOMUCOIDE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.121	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F234 VANIGLIA VANILLA PLANIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.122	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F235 LENTICCHIA LENS ESCULENTA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.123	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F236 SIERO DI LATTE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.124	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F237 ALBICOCCA PRUNUS ARMENIACA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.125	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F242 CILIEGIA PRUNUS AVIUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.126	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F244 CETRIOLO CUCUMIS SATIVUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.127	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F246 GOMMA DI GUAR CYAMOPSIS TETRAGONOLOBUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.128	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F247 MIELE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.129	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F25 POMODORO SOLANUM IYCOPERSICUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.130	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F253 PINOLO PINUS EDULIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.131	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F254 PLATESSA PLEURONECTES PLATESSA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.132	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F255 PRUGNA PRUNUS DOMESTICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.133	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F256 NOCE JUGLANS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.134	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F258 CALAMARO LOLIGO SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.135	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F259 UVA VITIS VINIFERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.136	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F26 CARNE DI MAIALE SUS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.137	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F260 BROCCOLO BRASSICA OLERACEA ITALICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.138	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F261 ASPARAGO ASPARAGUS OFFICINALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.139	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F262 MELANZANA SOLANUM MELONGENA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.140	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F263 PEPE VERDE PIPER NIGRUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.141	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F264 ANGUILLA ANGUILLA ANGUILLA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.142	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F265 CUMINO CARUM CARVI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.143	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F266 MACIS MYRISTICA FRAGRANS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.144	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F267 CARDAMOMO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.145	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F268 CHIODI DI GAROFANO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.146	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F269 BASILICO OCIMUN BASILICUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.147	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F27 CARNE DI BUE BOS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.148	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F270 ZENZERO ZINGIBER OFFICINALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.149	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F271 ANICE PIMPINELLA ASINUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.150	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F272 DRAGONCELLO ARTEMISIA DRACUNCULUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.151	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F273 TIMO THYMUS VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.152	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F274 MAGGIORANA ORIGANUM MAJORANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.153	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F275 LEVISTICO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.154	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F276 FINOCCHIO FRESCO FOENICULUM VULGARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.155	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F277 ANETO ANETHUM GRAVEOLENS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.156	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F278 ALLORO LAURUS NOBILIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.157	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F279 PEPE DI CAYENNA CAPSICUM FRUTESCENS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.158	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F280 PEPE NERO PIPER NIGRUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.159	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F281 CURRY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.160	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F283 ORIGANO ORIGANUM VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.161	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F284 CARNE DI TACCHINO MELEAGRIS GALLOPAVO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.162	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F285 CARNE DI ALCE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.163	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F286 LATTE DI ASINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.164	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F287 FAGIOLI ROSSI PHASEOLUS VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.165	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F288 MIRTILLO NERO VACCINIUM MYRTILLIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.166	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F289 DATTERO PHOENIX DACTYLIFERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.167	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F290 OSTRICA OSTREA EDULIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.168	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F291 CAVOLFIORE BRASSICA OLERACEA BOTRY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.169	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F292 GUAVA PSIDIUM GUAJAVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.170	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F293 PAPAIA CARICA PAPAIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.171	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F294 FRUTTO DELLA PASSIONE PASSIFLORA EDULIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.172	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F295 CARAMBOLA AVERRHOA CARAMBOLA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.173	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F296 CARRUBA CERATONIA SILIQUA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.174	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F297 GOMMA ARABICA ACACIA SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.175	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F298 GOMMA ADRAGANTE ASTRAGALUS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.176	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F299 CASTAGNA CASTANEA SATIVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.177	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F3 PESCE(MERLUZZO) GADUS MORHUA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.178	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F300 LATTE DI CAPRA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.179	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F301 KAKI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.180	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F302 MANDARINO CITRUS RETICULATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.181	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F303 IPPOGLOSSO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.182	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F304 ARAGOSTA PALINURUS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.183	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F305 TIGONELLA TRIGONELLA FOENUM- GRAECUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.184	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F306 LIME CITRUS AURANTIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.185	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F307 NASELLO MERLUCCIUS MERLUCCIUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.186	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F308 SARDINA EUROPEA SARDINA PILCHARDUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.187	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F309 CECI CICER ARIETINUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.188	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F31 CAROTA DAUCUS CAROTA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.189	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F310 VECCIA BLU(CICERCHIA) LATHYRUS SATIVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.190	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F311 ROMBO GIALLO LEPIDORHOMBUS WHIFFIAGONIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.191	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F312 PESCE SPADA XIPHIAS GLADIUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.192	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F313 ACCIUGA ENGRAULIS ENCRASICULUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.193	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F314 LUMACA HELIX ASPERSA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.194	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F315 FAGIOLINI VERDI PHASEOLUS VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.195	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F316 SEMI DI COLZA BRASSICA RAPA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.196	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F317 CORIANDOLO CORIANDRUM SATIVUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.197	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F318 JACKFRUIT ARTOCARPUS HETEROPHYLUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.198	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F319 BARBABIETOLA ROSSA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.199	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F320 GAMBERO D'ACQUA DOLCE ASTACUS ASTACUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.200	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F321 CARNE DI CAVALLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.201	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F323 RIBES RIBES SYLVESTRE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.202	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F323 OVOTRASFERRINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.203	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F325 LATTE DI PECORA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.204	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F326 SIERO DI LATTE DI PECORA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.205	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F328 FICO FICUS CARICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.206	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F329 ANGURIA CITRULLUS LANATUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.207	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F33 ARANCIA CITRUS SINENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.208	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F330 ROSA CANINA FRUTTO ROSA SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.209	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F331 ZAFFERANO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.210	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F332 MENTA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.211	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F333 SEMI DI LINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.212	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F334 LATTOFERRINA BOVINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.213	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F335 SEMI DI LUPINO LUPINUS ALBUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.214	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F336 GIUGGIOLIO ZYZIPHUS JUJUBA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.215	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F337 SOGLIOLA SOLEA SOLEA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.216	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F338 CAPESANTE PECTEN SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.217	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F339 PEPE DI GIAMAICA PIMENTA DIOICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.218	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F340 ROSSO COCCINIGLIA (ESTRATTO DI C.COLORANTE)		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.219	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F342 OLIVA NERA OLEA EUROPEAE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.220	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F343 LAMPONE RUBUS IDACUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.221	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F344 SALVIA SALVIA OFFICINALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.222	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F345 NOCE DI MACADAMIA MACADAMIA SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.223	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F346 ABALONE HALIOTIS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.224	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F347 QUINOA CHENOPODIUM QUINOA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.225	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F348 LITCHI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.226	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F35 PATATA SOLANUM TUBEROSUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.227	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F351 PEN A 1 TROPOMYOSIN, SHRIMP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.228	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F352 ARA H 8 PR-10, PEANUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.229	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F353 GLY M 4 PR-10, SOY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.230	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F354 BER E 1 BRAZIL NUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.231	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F355 CYP C 1 CARP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.232	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F36 NOCE DI COCCO COCOS NUCIFERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.233	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F37 MITILE MYTILUS EDULIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.234	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F4 GRANO TRITICUM AESTIVUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.235	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F40 TONNO THUNNUS ALBACARES		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.236	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F41 SALMONESALMO SALAR		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.237	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F416 TRI A 19 OMEGA-5 GLIADIN, WHEAT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.238	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F417 API G 1.01 PR-10, CELERY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.239	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F419 PRU P 1 PR-10, PEACH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.240	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F420 PRU P 3 LTP, PEACH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.241	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F421 PRU P 4 PROFILIN, PEACH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.242	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F422 ARA H 1 PEANUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.243	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F423 ARA H 2 PEANUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.244	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F424 ARA H 3 PEANUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.245	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F425 COR A 8 LTP, HAZEL NUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.246	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F426RGAD C1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.247	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F427 ARA H 9 LTP, PEANUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.248	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F428 COR A 1 PR-10, HAZEL NUT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.249	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F431 NGLY M5		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.250	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F432 NGLY M6		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.251	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F433 TRI A 14 LTP, WHEAT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.252	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F439 RCOR A14		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.253	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F44 FRAGOLA FRAGARIA VESCA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.254	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F440RCOR A9		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.255	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F442RJUGR3LTP NOCE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.256	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F45 LIEVITO SACCHAROMYCES CEREVISIAE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.257	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F47 AGLIO ALIUM SATIVUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.258	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F48 CIPOLLA ALIUM CEPA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.259	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F49 MELA MALUS SYLVESTRIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.260	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F5 SEGALE(FARINA)SECALE CEREALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.261	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F50 SGOMBRO DEL PACIFICO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.262	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F51 GERMOGLIO DI BAMBU'		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.263	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F54 PATATA DOLCE IPOMEA BATATAS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.264	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F55 MIGLIO COMUNE PANICUM MILLIACEUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.265	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F56 MIGLIO ITALIANO SETARIA ITALICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.266	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F57 MIGLIO GIAPPONESE ECHICHLOA CRUS-GALLI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.267	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F58 SEPPIA TODARODES PACIFICUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.268	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F59 POLPO OCTOPUS VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.269	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F6 ORZO HORDEUM VULGARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.270	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F60 SUGHERELLO,SGOMBRO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.271	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F61 SARDINA DEL GIAPPONE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.272	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F75 TUORLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.273	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F76 NBOS D4 ALFA-LATTOALBUMINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.274	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F77 NBOS D5 BETA-LATTOGLOBULINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.275	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F78 NBOS D8 CASEINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.276	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F79 GLUTINE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.277	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F8 GRANOTURCO ZEA MAYS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.278	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F81 FORMAGGIO A PASTA DURA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.279	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F82 FORMAGGIO A PASTA MOLLE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.280	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F83 CARNE DI POLLO GALLUS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.281	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F84 KIWI ACTINIDIA CHINENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.282	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F85 SEDANO APIUM GRAVEOLENS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.283	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F86 PREZZEMOLO PETROSELINUM CRISPUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.284	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F87 MELONE CUCUMIS MELO SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.285	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F88 CARNE DI MONTONE OVIS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.286	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F89 SENAPE BRASSICA/SINAPIS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.287	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F9 RISO INTEGRALE ORYZA SATIVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.288	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F90 MALTO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.289	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F91 MANGO MANGIFERA INDICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.290	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F92 BANANA MUSA SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.291	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F93 CACAO THEOBROMA CACAO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.292	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F94 PERA PYRUS COMMUNIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.293	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F95 PESCA PRUNUS PERSICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.294	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F96 AVOCADO PERSEA AMERICANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.295	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: FF24 GAMBERO PANDALUS BOREALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.296	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G1 PALEINO ODOROSO ANTHONXANTUM ODORATUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.297	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G10 CANNARECCHIA SORGHUM HALEPENSE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.298	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G11 PALEO BROMUS INERMIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.299	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G12 SEGALE SECALE CEREALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.300	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G13 BAMBAGIONA HOLCUS LANATUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.301	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G14 AVENA AVENA SATIVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.302	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G15 GRANO TRITICUM SATIVUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.303	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G16 CODINA DEI PRATI ALOPECURUS PRATENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.304	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G17 PANICO DISTICO PASPALUM NOTATUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.305	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G2 ERBA CANINA CYNODON DACTYLON		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.306	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G201 ORZO HORDEUM VULGARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.307	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G202 GRANOTURCO ZEA MAYS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.308	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G203 GRAMINACEA PALUSTRE OISTICHLIS SPICATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.309	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G204 FALSA AVENA ARRHENATHERUM ELATIUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.310	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G205 PHL P 1 TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.311	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G206 PHL P 2 TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.312	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G208 PHL P 4 TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.313	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G209 PHL P 6 TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.314	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G210 PHL P 7 TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.315	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G211 PHL P 11 TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.316	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G212 PHL P 12 PROFILIN, TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.317	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G215 PHL P 5B TIMOTHY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.318	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G216 CYN D 1 BERMUDA GRASS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.319	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G3 ERBA MAZZOLINA OACTYLIS GLOMERATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.320	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G4 PALEO DEI PRATI FESTUCA ELIATOR		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.321	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G5 LOGLIERELLA LOLIUM PERENNE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.322	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G6 CODA DI TOPO PHLEUM PRATENSE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.323	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G7 CANNA DI PALUDE PHRAGMITES COMMUNIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.324	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G70 GRAMIGNA ELYMUS TRITICOIDES		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.325	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G71 CANARIA O SCAGLIAIA PHALARIS ARUNDINACEA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.326	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G8 GRAMIGNA DEI PRATI POA PRATENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.327	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G9 ERBA CANNUCCIA AGROSTIS STOLONIFERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.328	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G11 IgG4_I1 APIS MELLIFERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.329	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G13 IgG4_I3 GIALLONE VESPULA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.330	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: G14 IgG4_I4 VESPA POLISTES SPP.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.331	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: H1 POLVERE DA GREER LABS.INC		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.332	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: H2 POLVERE DA HOLLISTER-STIERS LABS.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.333	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I1 APE APIS MELLIFERA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.334	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I2 CALABRONE BIANCO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.335	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I201 LARVE DI GASTROFILO GASTEROPHILUS INTESTINALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.336	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I202 CURCULIONE SITOPHILUS GRANARIUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.337	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I203 TIGNOLA GRIGIA DELLA FARINA EPHESTIA KUEHNIELLA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.338	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I204 TAFANO TABANUS SPP.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.339	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I205 BOMBO BOMBUS TERRESTRIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.340	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I206 PERIPLANETA AMERICANA PERIPLANETA AMERICANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.341	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I207 BLATTA ORIENTALE BLATTA ORIENTALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.342	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I208 RAPI M1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.343	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I209 RVES V5		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.344	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I210 RPOL D5		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.345	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I211 RVESV1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.346	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I3 GIALLONE VESPULA SPP.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.347	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I4 VESPA POLISTES SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.348	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I5 CALABRONE GIALLO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.349	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I6 SCARAFAGGIO BLATELLA GERMANICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.350	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I70 FORMICA SOLENOPSIS INVICTA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.351	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I71 ZANZARA COMUNE AEDES COMMUNIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.352	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I72 DITTEO DI CHIRONORIDE CLADOT.THUMMI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.353	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I73 LARVE ROSSE DI ZANZARA CHIRONOMUS THUMMI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.354	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I75 CALABRONE EUROPEO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.355	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I76 TROGODERMA TROGODERMA ANGUSTUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.356	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I77 VESPA EUROPEA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.357	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: I8 BACO DA SETA BOMBYX MORI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.358	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K201 PAPAINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.359	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K202 BROMELINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.360	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K203 FOSFOLIPASI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.361	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K204 MAXATASE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.362	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K205 ALKALASI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.363	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K206 SAVINASI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.364	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K208 LISOZIMA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.365	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K209 ANIDRIDE ESAIDROFTALICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.366	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K211 ANIDRIDE METILTETRAIDROFTALICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.367	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K212 POLVERE DI LEGNO TRIPLOCHITON SCLEROXILON		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.368	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K213 PEPSINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.369	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K214 BOUGANVILLE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.370	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K215 HEV B 1 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.371	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K217 HEV B 3 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.372	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K218 HEV B 5 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.373	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K219 HEV B 6.01 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.374	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K220 HEV B 6.02 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.375	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K221 HEV B 8 PROFILIN, LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.376	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K222 HEV B 9 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.377	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K224 HEV B 11 LATEX		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.378	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K70 POLVERE DI CAFFE' VERDE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.379	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K71 SEMI DI RICINO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.380	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K72 ISPAGULA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.381	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K73 SETA GREZZA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.382	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K74 SETA BOMBIX MORI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.383	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K75 ISOCIANATO TDI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.384	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K76 ISOCIANATO MDI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.385	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K77 ISOCIANATO HDI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.386	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K78 OSSIDO DI ETILENE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.387	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K79 ANDRIDE FTALICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.388	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K80 FORMALINA/FORMALDEIDE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.389	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K81 FICUS BENJAMINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.390	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K82 LATTICE HEVEA BRASILENSIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.391	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K83 SEMI DI COTONE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.392	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K84 SEMI DI GIRASOLE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.393	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K85 CLORAMINA T		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.394	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K86 TMA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.395	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: K87 ALFA-AMILASI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.396	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M1 PENICILLIUM NOTATUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.397	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M10 STEMPHYLIUM BOTRYOSUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.398	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M11 RHIZOPUS NIGRICANS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.399	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M12 AUREOBASIDIUM PULLULANS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.400	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M13 PHOMA BATAE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.401	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M14 EPICOCUM PURPURASCENS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.402	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M15 TRICHODERMA VIRIDE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.403	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M16 CURVULARIA LUNATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.404	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M2 CLADOSPORIUM HERBARUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.405	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M201 USTILAGO NUDA/TRITICI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.406	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M202 CEPHALOSPORIUM ACREMONIUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.407	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M203 TRICHOSPORON PULLULANS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.408	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M204 ULOCLADIUM CHARTARUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.409	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M205 TRICHOPYTON RUBRUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.410	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M207 ASPERGILLUS NIGER		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.411	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M208 CHAETOMIUM GLOBOSUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.412	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M209 PENICILLIUM FREQUENTANS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.413	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M210 TRICHOPHYTON MENT.VAR.GOETZII		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.414	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M211 TRICHOPHYTON MENT.VAR.INTERDIGITALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.415	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M218 ASP F 1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.416	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M219 ASP F 2		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.417	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M220 ASP F 3		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.418	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M221 ASP F 4		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.419	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M222 ASP F 6		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.420	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M223 ENTEROTOSSINA C DI STAFILOCOCCO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.421	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M226 ENTEROTOSSINA TSST DI STAFILOCOCCO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.422	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M227 MALASSEZIA SPP.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.423	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M228 ASPERGILLUS FLAVUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.424	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M229 ALT A 1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.425	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M3 ASPERGILLUS FUMIGATUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.426	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M36 ASPERGILLUS TERREUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.427	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M4 MUCOR RACEMOSUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.428	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M5 CANDIDA ALBICANS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.429	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M6 ALTERNARIA ALTERNATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.430	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M7 BOTRYTIS CINEREA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.431	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M70 PITYROSPORUM ORBICULARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.432	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M8 HELMINTHOSPORIUM HALODES		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.433	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M80 ENTEROTOSSINA A DI STAFILOCOCCO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.434	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M81 ENTEROTOSSINA B DI STAFILOCOCCO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.435	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: M9 FUSARIUM MONILIFORME		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.436	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O1 COTONE FIBRE GREZZE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.437	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O201 FOGLIE DI TABACCO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.438	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O202 ARTEMIA SALINA,MANGIME PER PESCI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.439	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O203 TETRAMINA,MANGIME PER PESCI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.440	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O207 DAPHNIA,MANGIME PER PESCI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.441	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O211 TENEBRIONE MUGNAIO(ESCA)		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.442	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O212 STREPTAVIDINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.443	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O214 MUXF3 CCD BROMELINA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.444	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: O70 FLUIDO SEMINALE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.445	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: P1 ASCARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.446	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: P2 ECHINOCOCCUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.447	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: P4 ANISAKIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.448	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T1 ACERO ACER NEGUNDO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.449	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T10 NOCE DI CALIFORNIA JUGLANS CALIFORNICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.450	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T11 PLATANO PLATANUS ACERIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.451	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T12 SALICE SALIX CAPREA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.452	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T14 PIOPPA POPULUS DELTOIDES		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.453	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T15 FRASSINO FRAXINUS AMERICANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.454	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T16 PINO STROBO PINUS STROBUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.455	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T17 CRIPTOMERIA CRYPTOMERICA JAPONICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.456	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T18 EUCALIPTO EUCALIPTUS SPP		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.457	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T19 ACACIA ACACIA LONGIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.458	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T20 ONTANO BIANCO ALNUS INCANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.459	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T20 MESQUITO PROSOPIS JULIFLORA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.460	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T201 ABETE ROSSO PICEA EXCELSA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.461	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T203 IPPOCASTANO AESCULUS HIPPOCASTANUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.462	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T205 SAMBUCCO SAMBUCUS NIGRA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.463	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T206 CASTAGNO CASTANEA SATIVA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.464	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T207 ABETE ODOROSO PSEUDOTSUGA TAXIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.465	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T208 TIGLIO TILIA CORDATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.466	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T209 CARPINO BIANCO CARPINUS BETULUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.467	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T21 MELALEUCA MELALEUCA LEUCADENDRON		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.468	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T210 LIGUSTRO LIGUSTRUM VULGARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.469	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T211 LIQUIDAMBAR O STORACE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.470	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T212 CEDRO LIBOCEDRUS DECURRENS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.471	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T213 PINO PINUS RADIATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.472	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T214 PALMA DA DATTERO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.473	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T215 BET V 1 PR-10, BIRCH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.474	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T216 BET V 2 PROFILIN, BIRCH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.475	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T217 FALSO PEPE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.476	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T218 QUERCIA AMERICANA QUERCUS VIRGINIANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.477	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T219 PALO VERDE CERCIDIUM FLORIDUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.478	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T22 NOCE AMERICANO CARYA PECAN		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.479	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T220 BET V 4 BIRCH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.480	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T222 CIPRESSO DELL'ARIZONA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.481	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T223 PALMA DA OLIO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.482	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T224 OLE E 1 OLIVE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.483	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T225 BET V 6 BIRCH		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.484	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T226 NQCUPA1		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.485	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T228RCUPA1 CYPRESS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.486	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T23 CIPRESSO MEDITERRANEO		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.487	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T3 BETULLA BETULA VERRUCOSA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.488	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T4 NOCCILO CORYLUS AVELLANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.489	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T5 FAGGIO AMERICANO FAGUS GRANDIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.490	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T6 GINEPRO SABINA JUNIPERUS SABINOIDES		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.491	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T7 QUERCIA BIANCA QUERCUS ALBA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.492	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T70 GELSO BIANCO MORUS ALBA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.493	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T72 PALMA REGINA ARECASTRUM ROMAN		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90681.494	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T73 PINO AUSTRALIANO CASUARINA EQUISSETIFOLIA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.495	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T8 OLMO AMERICANO ULMUS AMERICANA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.496	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: T9 OLIVO OLEA EUROPEA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.497	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W01 ARTEMISIFOLIA AMBROSIA ELATIOR		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.498	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W02 AMBROSIA OCCIDENTALE AMBROSIA PSILOSTACHYA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.499	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W03 AMBROSIA GIGANTE AMBROSIA TRIFIDA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.500	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W04 FALSA AMBROSIA FRANSERIA ACANTICARPA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.501	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W05 ASSENZIO ARTEMISIA ABSINTHIUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.502	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W06 ASSENZIO SELVATICO ARTEMISIA VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.503	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W07 MARGHERITA DEI PRATI CHRYSANTHEMUM LEUCAN		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.504	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W08 DENTE DI LEONE TARAXACUM VULGARE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.505	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W09 LANCIUOLA PLANTAGO LANCEOLATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.506	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W10 FARINACCIO CHENOPODIUM ALBUM		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.507	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W11 ERBA CALI SALSOLA KALI(PESTIFER)		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.508	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W12 VERGA D'ORO SOLIDAGO VIRGAUREA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.509	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W13 LAPPOLA XANTHIUM COMUNE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.510	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W14 AMARANTO AMARANTHUS RETROFLEXUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.511	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W15 BIETOLONE ATRIPLEX LENTIFORMIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.512	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W16 IVA CILIATA IVA CILIATA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.513	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W17 GRANATA KOCHIA SCOPARLA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.514	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W18 ACETOSA MINORE RUMEX ACETOSELLA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.515	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W19 ERBA VETRIOLA PARIETARIA OFFICINALIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.516	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W20 ORTICA COMUNE URTICA DIOICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.517	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W203 RAPA BRASSICA NAPUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.518	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W204 GIRASOLE HELICANTHUS ANNUUS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.519	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W206 CAMOMILLA MATRICARIA CHAMOMILLA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.520	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W207 LUPINO LUPINUS SPP.		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.521	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W21 PARIETARIA O ERBA DEI MURI PARIETARIA JUDAICA		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.522	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W210 BARBABIETOLA BETA VULGARIS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.523	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W211 PAR J 2 LTP,WALL PELLITORY		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.524	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W22 LUPPOLO GIAPPONESE HUMULUS SCADENS		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.525	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W230 AMB A 1 RAGWEED		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.526	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W231 ART V 1 MUGWORT		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.527	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: W233 NART V3 RICOMBINANTE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	90681.528	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: ALTRI ALLERGENI		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)
1	98	8901.44	VISITA LABORATORIO DI CONTROLLO		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	PRIMA VISITA DI LABORATORIO		S	S			20,7	S		98	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
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	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)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]		S	S			20,6	S		98	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]
1	98	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA		S	S			4,7	S		98	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA
1	98	90.04.6	CROMOGRANINA A		S	S			30		S	98	90.04.6	CROMOGRANINA A
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	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	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA		S	S			5,3	S		98	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA
1	98	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (FRAZIONE PANCREATICA) [S]		S	S			3,7	S		98	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)
1	98	90.07.4	AMITRIPITILINA		S	S			7,9	S		98	90.07.4	AMITRIPITILINA
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	90.08.1	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	90.08.4	APOLIPOPROTEINA A		S	S			5,3	S		98	90.08.4	APOLIPOPROTEINA AP1.
1	98	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B		S	S			5,3	S		98	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B
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	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	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	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	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	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	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
1	98	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)		S	S			20,6	S		98	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)
1	98	90.18.2	DOXEPINA		S	S			6,6	S		98	90.18.2	DOXEPINA
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	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.20.2	ETOSUCCIMIDE		S	S			10,6	S		98	90.20.2	ETOSUCCIMIDE
1	98	90.20.6	FENOBARBITAL		S	S			13,1		S	98	90.20.6	FENOBARBITAL
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	PRECISAZIONI: 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	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	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	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	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	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	90.27.5	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 (INH A)		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	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	90.29.3	LATTE MULIERE		S	S			3,6	S		98	90.29.3	LATTE MULIERBE
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	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI		S	S			1,1	S		98	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI
1	98	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (CROMATOLOGRAFIA)		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'
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	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	90.33.6	MARKER TUMORALI: ALTRI		S	S			12,5		S	98	90.33.6	MARKER TUMORALI :ALTRI
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	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	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	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	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	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]

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	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	ELETTROFORESI DELLE PROTEINE URINARIE	INCLUSO: Dosaggio Proteine totali	S	S			4,2	S		98	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Includo: 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	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	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO		S	S			4,2	S		98	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO
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	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)	PRECISAZIONI: 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 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	INCLUSO: tutti e tre i dosaggi.Per screening S. Down e altre anomalie	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	90.43.6	TEST COMBINATO (F-I)-HCG+PAPP-A)	PRECISAZIONI: Da eseguirsi nel 1° trimestre di gravidanza	S	S			26		S	98	90.43.6	TEST COMBINATO (F-I)-hCG+PAPP-A)
1	98	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+UE3+INH)	PRECISAZIONI: 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+INH)	PRECISAZIONI: 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	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	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA C		S	S			11,2	S		98	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: 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	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	PRECISAZIONI: 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	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)		S	S			8,3	S		98	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)
1	98	90.48.3	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 ERITROCITARI [TEST DI COOMBS INDIRETTO]		S	S			8,4	S		98	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI [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	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI		S	S			15,7		S	98	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI
1	98	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI CON MONOSPECIFICI CIASCUNO (TEST DI COOMBS)		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	90.50.1	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	90.51.2	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	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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	90.53.1	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)		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 )	PRECISAZIONI: non associabile aa 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	S	S			8,2	S		98	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA
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	PRECISAZIONI: 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	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 LATICE)		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	90.62.1	EMAZIE (CONTEGGIO), EMOGLOBINA		S	S			0,9	S		98	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA
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	90.63.1	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	PRECISAZIONI: 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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	PRECISAZIONI: 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 LINFOGHIANDLARE		S	S			18,8	S		98	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDLARE
1	98	90.64.1	FATTORE VWF ANALISI MULTIMERICA		S	S			29,1	S		98	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA
1	98	90.64.4	FENOTIPO RH		S	S			10,6	S		98	90.64.4	FENOTIPO Rh
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	PRECISAZIONI: 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	90.66.3	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	90.67.3	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)	PRECISAZIONI: 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	90.67.6	HB- AFFINITA' 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- AFFINITA' 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	90.68.2	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	90.68.5	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	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE		S	S			16,4	S		98	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE
1	98	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	PRECISAZIONI: 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	90.70.4	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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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 sierii 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	RETICOLOCITI (CONTEGGIO) [(SG)]		S	S			3,5	S		98	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]
1	98	90.74.6	RETICOLOCITI IN CITOFLUORIMETRIA		S	S			11,4		S	98	90.74.6	RETICOLOCITI 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	PRECISAZIONI: 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 EMASIE 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	PRECISAZIONI: 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)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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
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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	ESCLUSO: eventuale antibiogramma.	S	S			8,6	S		98	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE
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 ACIDI 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.ALMEENO 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	INCLUSO: 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	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA ELETTROSINERESI	PRECISAZIONI: In materiali biologici	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 EXTRACELLULARI 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 DIVERSA.	PRECISAZIONI: Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti; ESCLUSO: Conta batterica urinari	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.

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - COLORAZIONI DI ROUTINE	PRECISAZIONI: Colorazioni :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	90.86.7	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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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 CON GAS CROMATOGRAFIA	PRECISAZIONI: 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	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ESAME COLTURALE	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE
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 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	PRECISAZIONI: Prestazione da riferirsi a materiale diverso da feci	S	S			5,9	S		98	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE
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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI : 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	90.92.3	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	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI MEDIANTE EMOAGGLUTINAZIONE PASSIVA		S	S			7,5	S		98	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)
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 COLTURALE: COLTURA XENICA		S	S			7,6	S		98	90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)
1	98	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	PRECISAZIONI: Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Compreso eventuale antibiogramma e identificazione; ESCLUSO: Neisseria Meningitidis	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	90.93.7	ESAME COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE
1	98	90.93.9	ESAME COLTURALE TAMPONE AURICOLARE	INCLUSO: 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]	PRECISAZIONI: 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]	PRECISAZIONI: Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni INCLUSO: conta batterica ed 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	INCLUSO eventuale antibiogramma e identificazione. ESCLUSO: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	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	90.94.5	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	ESAME COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	INCLUSO: 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	INCLUSO: 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	90.95.3	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	ESCLUSO: 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	90.96.4	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 ESAME COLTURALE		S	S			12,4		S	98	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	90.97.7	MICETI AG. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - IDENTIFICAZIONE DIRETTA EIA, IF	PRECISAZIONI: 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	AMANTINA URINARIA		S	S			103,3		S	98	90.97.8	AMANTINA 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	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	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	90047.0	METANEFINE FRAZIONATE [P]		S	S			50		S	98	90.04.7	METANEFINE FRAZIONATE
1	98	90047.1	METANEFINE FRAZIONATE [DU]		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	90053.0	ALDOSTERONE [S]		S	S			17,1	S		98	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]
1	98	90053.1	ALDOSTERONE [U]		S	S			17,1	S		98	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]
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	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	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	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	90083.0	ANTIBIOTICI - AMINOGLICOSIDI		S	S			8,9	S		98	90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.
1	98	90083.1	ANTIBIOTICI - VANCOMICINA		S	S			8,9	S		98	90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.
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	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	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	90132.0	CICLOSPORINA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	S	S			14,6	S		98	90.13.2	CICLOSPORINA
1	98	90132.3	CICLOSPORINA A2 [SG]		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	90153.0	CORTISOLO [S]		S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
1	98	90153.1	CORTISOLO [U]		S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
1	98	90153.3	CORTISOLO SALIVA		S	S			7,8	S		98	90.15.3	CORTISOLO [S/U]
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	CREATININA		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90163.5	CREATININA [U]		S	S			1,1	S		98	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
1	98	90181.0	DOPAMINA [P]		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	90183.0	DROGHE D'ABUSO - LSD [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	90183.1	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	90183.10	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 [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	90183.12	DROGHE D'ABUSO - COCAINA [S]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD,Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90183.13	DROGHE D'ABUSO - NICOTINA [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	90183.14	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	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	90183.2	DROGHE D'ABUSO - AMFETAMINA [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	90183.20	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.
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	90183.3	DROGHE D'ABUSO - OPPIACEI [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	90183.4	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 - CAFFEINA		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 - FENILICCLIDINA		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	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 - FENILICCLIDINA [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	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	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	90207.0	FARMACI :TOPIRAMATO		S	S			13,1		S	98	90.20.7	FARMACI : ALTRI
1	98	90207.1	FARMACI : ALTRI		S	S			13,1		S	98	90.20.7	FARMACI : ALTRI
1	98	90208.0	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO ( GASSASSA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassassa)
1	98	90208.1	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO (ETOSUCCIMIDE)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassassa)
1	98	90208.10	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CBZ EPOSSIDO (TEGRETOL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassassa)
1	98	90208.11	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO ALPRAZOLAM (VALEANS)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassassa)
1	98	90208.12	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO AMITRIPTILINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassassa)
1	98	90208.14	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO BROMAZEPAM (LEXOTAN)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gassassa)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90208.15	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CARBAMAZEPINA (TEGRETOL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.16	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CLOBAZAM (FRISIUM)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.17	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CLOMIPRAMINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.18	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CLONAZEPAM (RIVOTRIL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.19	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CHLORDIAZEPOXIDE		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.2	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO (LAMOTRIGINA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.20	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CLOZAPINA (LEPONEX)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.21	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO DELORAZEPAM (EN)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.22	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO DESIPRAMINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.23	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO DIAZEPAM (VALIUM)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.24	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO DOXEPIN		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.26	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO FELBAMATO (TALOXIA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.27	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO FENOBARBITAL (COMIZIAL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.28	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO FLUNITRAZEPAM-DARKENE.VALCERA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.29	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO FLURAZEPAM (DALMADORM)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.3	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO MHD( TOLEP)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.30	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO DESALCHILFLURAZEPAM-DALMADORM		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.31	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO IMIPRAMINE		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.32	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO ITRACONAZOLO (SEMPERA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.33	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO LACOSAMIDE (VIMPAT)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.35	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO LEVETIRACETAM (KEPPRA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.36	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO LORAZEPAM (TAVOR)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.37	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO LORMETAZEPAM (MINIAS)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.38	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO MAPROTILINE		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.39	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO MEDAZEPAM (DEBRUM)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.4	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO LEVTRACETAM (KPPRA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.41	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO MIDAZOLAM (IPNOVEL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.42	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO NITRAZEPAM (MOGADON)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.43	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO NORCLOBAZAM (FRISIUM)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.44	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO NORCLOMIPRAMINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.45	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO NORDIAZEPAM		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.46	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO NORDOXEPIN		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.47	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO NORTRIPTILINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.48	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO OLANZAPINA (ZYPREXA)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.49	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO OXAZEPAM (LIMBIAL.SERPAX)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.5	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO TEICOPLANINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.50	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO POSACONAZOLO (NOXAFIL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.51	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO PRIMIDONE		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.52	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO QUETIAPINA (SEROQUEL)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.53	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO RUFINAMIDE (NOVELON)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.55	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO TEMAZEPAM (NORMISON)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.56	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO TETRAZEPAM		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.57	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO TOBRAMICINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.58	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO TRAZODONE (TRITICO)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.59	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO TRIMIPRAMINA		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.6	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO EVEROLIMUS		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.60	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO VORICONAZOLO (VFEND)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.61	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO ZONISAMIDE (ZONEGRAN)		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.7	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO SIROLIMUS		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.8	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO FK5006		S	S			25		S	98	90.20.8	FARMACI con test di 2° livello (HPLC o gascassa)
1	98	90208.9	FARMACI CON TEST DI 2° LIVELLO CLOZAPINA		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	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	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	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	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	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	90271.5	GLUCOSIO PROFILO 3 DETERMINAZIONI		S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]
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	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	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	90292.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI		S	S			1,1	S		98	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]
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	90304.0	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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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	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	90337.01	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - P-NGAL		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.02	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - P-7 DEIDROCOLESTEROLO ( 7-DHC)		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.03	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - AMN-7 DEIDROCOLESTEROLO ( 7-DHC)		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.04	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - P-ACIDO FITANICO		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.05	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - P-AC.GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA)		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.06	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - U-ACIDO OROTICO		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.07	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - U-AC. ORGANICI URINARI (CAO)		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.08	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - AC. ORGANICI URINARI FITT		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.09	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - VALUTAZIONE COMPLESSIVA		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.10	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - LINF-ALFA GALATTOSIDASI A		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.11	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - ALTRE ANALISI		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
1	98	90337.12	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE - U-NGAL		S	S			10,6		S	98	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE
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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	90445.0	VITAMINA D 25OH		S	S			15,9	S		98	90.44.5	VITAMINA D

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90445.1	VITAMINA D 1-25OH		S	S			15,9	S		98	90.44.5	VITAMINA D
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	90452.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA B1		S	S			11,2	S		98	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
1	98	90452.3	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO VITAMINA B6		S	S			11,2	S		98	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO
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	90455.0	ZINCOPROTOPORFIRINA SANGUE		S	S			8,4	S		98	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]
1	98	90455.1	ZINCOPROTOPORFIRINA ERITROCITARIA		S	S			8,4	S		98	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]
1	98	90475.0	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG) [S]		S	S			12,4	S		98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
1	98	90475.1	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgM) [S]		S	S			12,4	S		98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
1	98	90495.0	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG) [S]		S	S			10,3	S		98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)
1	98	90495.1	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgA) [S]		S	S			10,3	S		98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)
1	98	9049A.0	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI IgA		S	S			14		S	98	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI
1	98	9049A.1	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI IgG		S	S			14		S	98	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI
1	98	9049B.0	ANTICORPI ANTI CAG-A	PRECISAZIONI: Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	S	S			25		S	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A
1	98	9049B.1	ANTICORPI ANTI BETA2 GP	PRECISAZIONI: Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	S	S			25		S	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A
1	98	9049B.2	ANTICORPI ANTI SACCHAROMICES CEREVISIAE (ASCA)	PRECISAZIONI: Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	S	S			25		S	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A
1	98	90511.0	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		S	S			12,1	S		98	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)
1	98	90511.1	ANTICORPI ANTI GADA		S	S			12,1	S		98	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)
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)
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	90525.1	ANTICORPI ANTI RETICOLINA		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.2	ANTICORPI ANTI MEMBRANA BASALE (MBG)		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
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	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	90617.0	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO - OPIACEI		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90617.1	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO - BENZODIAZEPINE		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90617.2	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO - CANNABINOIDI		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90617.3	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO - METADONE		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90617.4	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO - COCAINA		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90617.5	DROGHE D'ABUSO: TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO - AMFETAMINA		S	S			29,9		S	98	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO
1	98	90625.0	EOSINOFILI (CONTEGGIO)[ALB] MUOCO NASALE		S	S			2,2	S		98	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]
1	98	90625.1	EOSINOFILI (CONTEGGIO)[ALB] FECALI		S	S			2,2	S		98	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]
1	98	90642.0	FATTORE REUMATOIDE [S]		S	S			4,7	S		98	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE
1	98	90642.1	FATTORE REUMATOIDE LIQUIDO SINOVALE		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	90643.10	FATTORE DELLA COAGULAZIONE FITZGERALD		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.11	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (IX) C - ATTIVITÀ DOPO INFUSIONE DI FATTORE SOSTITUTIVO		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.12	FATTORE DELLA COAGULAZIONE FLETCHER		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
1	98	90643.13	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VIII) C - ATTIVITÀ DOPO INFUSIONE DI FATTORE SOSTITUTIVO		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) AG		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) LOW		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 (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	90643.8	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	90643.9	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (VIII) LOW		S	S			14,3	S		98	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)
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	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	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	90692.0	IMMUNOFISSAZIONE SIERO		S	S			20,9	S		98	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90692.1	IMMUNOFISSAZIONE URINE		S	S			20,9	S		98	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE
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	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)
1	98	90853.1	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - URINA (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	90853.2	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - SANGUE (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	90853.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - TAMPONE FARINGEO(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	90853.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - FECI (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	90874.0	BORDETELLA ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90874.1	BORDETELLA ANTICORPI IgM (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90875.0	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			9,1	S		98	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90875.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI IgA (E.I.A.)		S	S			9,1	S		98	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90881.0	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI IgG (I.F.)		S	S			12,6	S		98	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)
1	98	90881.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI IgM (I.F.)		S	S			12,6	S		98	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)
1	98	90891.0	CHLAMYDIE ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			11,6	S		98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90891.1	CHLAMYDIE ANTICORPI IgA (E.I.A.)		S	S			11,6	S		98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90891.2	CHLAMYDIE ANTICORPI IgM (E.I.A.)		S	S			11,6	S		98	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90892.0	CHLAMYDIE ANTICORPI - IgG (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)		S	S			6,3	S		98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90892.1	CHLAMYDIE ANTICORPI - IgM (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)		S	S			6,3	S		98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90892.2	CHLAMYDIE ANTICORPI - IgA (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)		S	S			6,3	S		98	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	90926.0	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ESAME COLTURALE (PUS)	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE
1	98	90926.1	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ESAME COLTURALE - TAMPONE FARINGEO	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE
1	98	90926.2	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ESAME COLTURALE - ESSUDATO	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			12,4		S	98	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE
1	98	90933.00	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOPITICI - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.01	ESAME COLTURALE SECREZIONI FERITE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.02	ESAME COLTURALE PUS- RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.03	ESAME COLTURALE TAMPONE NASALE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.04	ESAME COLTURALE LIQUIDO PERICARDICO - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.05	ESAME COLTURALE LIQUIDO ASCITICO - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.08	ESAME COLTURALE CUTE- RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.09	ESAME COLTURALE BILE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.10	ESAME COLTURALE TAMPONE FARINGEO - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.11	ESAME COLTURALEDECUBITO - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.12	ESAME COLTURALE LIQUIDO SINOVALE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI.	INCLUSO: 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	90933.13	ESAME COLTURALE ALTRI CAMPIONI BIOLOGICI .	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione. PRECISAZIONI: Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	S	S			7,5	S		98	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.
1	98	90934.0	ESAME COLTURALE TAMPONE VAGINALE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione. ESCLUSO: Neisseria gonorrhoeae.	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	90934.1	ESAME COLTURALE TAMPONE URETRALE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione. ESCLUSO: Neisseria gonorrhoeae.	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	90934.2	ESAME COLTURALE LIQUIDO SEMINALE - RICERCA COMPLETA MICRORGANISMI E LIEVITI PATOGENI	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione. ESCLUSO: Neisseria gonorrhoeae.	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	90934.3	ESAME COLTURALE ALTRI CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione. ESCLUSO: Neisseria gonorrhoeae. PRECISAZIONI: Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	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	90936.0	ESAME COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - BRONCOASPIRATO	INCLUSO: 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	90936.1	ESAME COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - LAVAGGIO BRONCO ALVEOLARE	INCLUSO: 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	90936.2	ESAME COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - ALTRI CAMPIONI	INCLUSO: 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	90938.0	ESAME COLTURALE MATERIALE PROTETICO - CANNULA	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTETICO
1	98	90938.1	ESAME COLTURALE MATERIALE PROTETICO -CATETERE	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTETICO
1	98	90938.2	ESAME COLTURALE MATERIALE PROTETICO - CAMPIONI BIOPITICI	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTETICO
1	98	90938.3	ESAME COLTURALE ALTRO MATERIALE PROTETICO	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione	S	S			13,6		S	98	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTETICO
1	98	90984.00	MICETI ESAME COLTURALE - TAMPONE FARINGEO		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.01	MICETI ESAME COLTURALE - TAMPONE AURICOLARE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90984.02	MICETI ESAME COLTURALE - TAMPONE RETTALE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.03	MICETI ESAME COLTURALE - TAMPONE VAGINALE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.04	MICETI ESAME COLTURALE - TAMPONE URETRALE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.05	MICETI ESAME COLTURALE - URINA		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.06	MICETI ESAME COLTURALE - SANGUE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.07	MICETI ESAME COLTURALE - LIQUIDO PLEURICO		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.08	MICETI ESAME COLTURALE - LIQUIDO ASCITICO		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.09	MICETI ESAME COLTURALE - FECI		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.10	MICETI ESAME COLTURALE - PUS		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.11	MICETI ESAME COLTURALE - LIQUIDO SEMINALE		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.12	MICETI ESAME COLTURALE - ESPETTORATO		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.13	MICETI ESAME COLTURALE - BRONCO ASPIRATO		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90984.14	MICETI ESAME COLTURALE - ALTRI CAMPIONI		S	S			4	S		98	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE
1	98	90985.00	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - TAMPONE FARINGEO		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.01	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - TAMPONE AURICOLARE		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.02	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - TAMPONE RETTALE		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.03	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - TAMPONE VAGINALE		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.04	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - TAMPONE URETRALE		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.05	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - URINA		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.06	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - SANGUE		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.07	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - LIQUIDO PLEURICO		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.08	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - LIQUIDO ASCITICO		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.09	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - FECI		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.10	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - PUS		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.11	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - LIQUIDO SEMINALE		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.12	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - ESPETTORATO		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.13	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - BRONCO ASPIRATO		S	S			3,3	S		98	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA
1	98	90985.14	MICETI RICERCA MICROSCOPICA - ALTRI CAMPIONI		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)	PRECISAZIONI: 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	91.03.2	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	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ESAME COLTURALE		S	S			10,4		S	98	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
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 (Cultura 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	ESAME MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO		S	S			3		S	98	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO
1	98	91.06.2	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	91.07.1	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	91.07.3	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	91.09.1	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	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (RICERCA QUALITAT. 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 CHOLERAEE NELLE FECI ESAME COLTURALE		S	S			2,5	S		98	91.11.3	VIBRIO CHOLERAEE 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)	PRECISAZIONI: 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	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	PRECISAZIONI: 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	91.12.4	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	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA)		S	S			36,2	S		98	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)
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	91.14.2	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	91.15.2	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	91.16.4	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.

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	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	91.17.4	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	91.21.2	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	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 CULTURALE (METODO RAPIDO)		S	S			11,2	S		98	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo rapido)
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	91.25.6	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	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2		S	S			63	S		98	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2
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 CULTURALE		S	S			2,5	S		98	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME CULTURALE
1	98	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	PRECISAZIONI: La prestazione è da intendersi con 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E ELETTROFORESI.	PRECISAZIONI: 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	91.29.6	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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (BLOCCHI DI CIRCA 400 BP)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	91.31.5	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	91.31.8	MICRORGANISMI NAS: ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI (AGGLUTINAZIONE)		S	S			5,7		S	98	91.31.8	MICRORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)
1	98	91.31.9	MICRORGANISMI NAS: ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI (EIA - IF)		S	S			10,8		S	98	91.31.9	MICRORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)
1	98	91.31.A	MICRORGANISMI NAS: IDENTIFICAZIONE MEDIANTE ANALISI DEGLI ACIDI NUCLEICI		S	S			63,5		S	98	91.31.A	MICRORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici
1	98	91.31.B	MICRORGANISMI NAS: ALTRI ANTICORPI		S	S			7,8		S	98	91.31.B	MICRORGANISMI NAS: altri anticorpi
1	98	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: BANDEGGIO C	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	PRECISAZIONI: 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
1	98	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	91.36.2	CRIOSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	PRECISAZIONI: 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	CRIOSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI
1	98	91.36.3	CRIOSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	PRECISAZIONI: 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	CRIOSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI
1	98	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - RICERCA HETERODUPLEX (HA)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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)	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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.	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (PYROSEQUENCING) PER SINGOLA MUTAZIONE	PRECISAZIONI: 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	91.39.1	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE NAS		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91.39.2	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	91.40.1	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: BIOPSIA ESCISSORIALE		S	S			27,2	S		98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale
1	98	91.41.1	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA ANNESSI TESTICOLARI		S	S			14,1	S		98	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari
1	98	91.44.4	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICIA UTERINA		S	S			14,1	S		98	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cerviciale uterina
1	98	91.44.5	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: BIOPSIA STEREOTASSICA		S	S			46,5	S		98	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica
1	98	91.47.1	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: NODULECTOMIA		S	S			27,2	S		98	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulectomia
1	98	91.47.2	ESAME 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	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: AGOBIOPSIA LINFONODALE (SEDI MULTIPLE)		S	S			79,6	S		98	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.47.4	ESAME 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	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: BIOPSIA OSTEO MIDOLLARE		S	S			79,6	S		98	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osseo midollare
1	98	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE	PRECISAZIONI: 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	ESAME 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	ESAME 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	ESAME 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		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	98	91025.0	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			12,3	S		98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91025.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgA		S	S			12,3	S		98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91025.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI IgM		S	S			12,3	S		98	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91031.0	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI - IgG (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			7,1	S		98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91031.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI - IgA (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			7,1	S		98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91031.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI - IgM (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			7,1	S		98	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91035.0	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE - TAMPONE URETRALE		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE
1	98	91035.1	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE - LIQUIDO SEMINALE		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE
1	98	91035.2	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE - ESSUDATO		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE
1	98	91035.4	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE - LIQUIDO SINOVIALE		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE
1	98	91035.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE - TAMPONE ENDOCERVICALE		S	S			3,9	S		98	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE
1	98	91041.0	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE - SIERO		S	S			3,9	S		98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE
1	98	91041.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE - TAMPONE FARNIGEO		S	S			3,9	S		98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE
1	98	91041.2	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE - LIQUIDO CEFALO RACHIDIANO		S	S			3,9	S		98	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE
1	98	91061.0	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI IgG (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			9,5	S		98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91061.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI IgM (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			9,5	S		98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91061.2	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI IgA (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			9,5	S		98	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91067.0	PROTOZOI AG. CELLULARI ED EXTRACELLULARI SANGUE - (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	91067.1	PROTOZOI AG. CELLULARI ED EXTRACELLULARI FECI - (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	91072.0	SALMONELLE ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			6,6	S		98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91072.1	SALMONELLE ANTICORPI IgM (E.I.A.)		S	S			6,6	S		98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91072.2	SALMONELLE ANTICORPI IgA (E.I.A.)		S	S			6,6	S		98	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91094.0	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) IgM		S	S			7,8	S		98	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91094.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.) IgG		S	S			7,8	S		98	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91095.0	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (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	91095.1	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (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	91095.2	TOXOPLASMA ANTICORPI IgA (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	91101.0	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			11,8	S		98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91101.1	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			11,8	S		98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91101.2	TOXOPLASMA ANTICORPI IgA (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.)		S	S			11,8	S		98	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91102.0	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			8	S		98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91102.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI IgM (E.I.A.)		S	S			8	S		98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91102.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI IgA (E.I.A.)		S	S			8	S		98	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91103.0	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI IgG (I.F.) [FTA-ABS]		S	S			9,9	S		98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]
1	98	91103.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI IgM (I.F.) [FTA-ABS]		S	S			9,9	S		98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]
1	98	91103.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI IgA (I.F.) [FTA-ABS]		S	S			9,9	S		98	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]
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	91134.0	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - ADENOVIRUS - TAMPONE OCULARE		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.) - ADENOVIRUS FECI		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.) - ADENOVIRUS - TAMPONE FARINGEO		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	91134.3	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	91134.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - ROTAVIRUS - FECI		S	S			7,6	S		98	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91134.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - ROTAVIRUS - TAMPONE FARINGEO		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	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	91162.0	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.) IgG		S	S			15,1	S		98	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91162.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE I.F.) IgM		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	91211.0	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA) (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	91211.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EBNA) (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	91211.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (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	91211.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI IgG ( EBNA) (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	91211.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (VCA) IgG (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	91211.5	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (VCA) IgM (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	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	91221.0	VIRUS HERPES SIMPLEX HSV1 ANTICORPI IgG		S	S			7,9	S		98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
1	98	91221.1	VIRUS HERPES SIMPLEX HSV1 ANTICORPI IgM		S	S			7,9	S		98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
1	98	91221.2	VIRUS HERPES SIMPLEX HSV2 ANTICORPI IgG		S	S			7,9	S		98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
1	98	91221.3	VIRUS HERPES SIMPLEX HSV2 ANTICORPI IgM		S	S			7,9	S		98	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI
1	98	91242.0	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE - HERPES	PRECISAZIONI: Metodo tradizionale	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 - HERPES/VARICELLA	PRECISAZIONI: Metodo tradizionale	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 - VIRUS DELL'APPARATO GASTROENTERICO	PRECISAZIONI: Metodo tradizionale	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 - VIRUS DELL'APPARATO RESPIRATORIO	PRECISAZIONI: Metodo tradizionale	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	91243.0	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.) IgM		S	S			9,4	S		98	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91243.1	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.) IgG		S	S			9,4	S		98	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91244.0	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.) IgG		S	S			9,4	S		98	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)
1	98	91244.1	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.) IgM		S	S			9,4	S		98	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)
1	98	91245.0	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) IgG		S	S			7,9	S		98	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91245.1	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) IgM		S	S			7,9	S		98	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91251.0	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.) IgM		S	S			10,1	S		98	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91251.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.) IgG		S	S			10,1	S		98	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91252.0	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.) IgM		S	S			6,5	S		98	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91252.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.) IgG		S	S			6,5	S		98	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91253.0	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgG (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)		S	S			9,5	S		98	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91253.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI IgM (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.)		S	S			9,5	S		98	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91254.0	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.) IgM		S	S			9,4	S		98	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91254.1	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.) IgG		S	S			9,4	S		98	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91255.0	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI IgG (E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91255.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI IgM ( E.I.A.)		S	S			11,1	S		98	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91261.0	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.) IgG		S	S			7,2	S		98	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91261.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.) IgM		S	S			7,2	S		98	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)
1	98	91264.0	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG		S	S			7,9	S		98	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI
1	98	91264.1	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM		S	S			7,9	S		98	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI
1	98	91271.0	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.) IgM		S	S			9,4	S		98	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91271.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.) IgG		S	S			9,4	S		98	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91272.0	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.) IgM		S	S			8,8	S		98	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)
1	98	91272.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.) IgG		S	S			8,8	S		98	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)
1	98	91273.0	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) IgG		S	S			8,8	S		98	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91273.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) IgM		S	S			8,8	S		98	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91361.0	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA	PRECISAZIONI: 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	PRECISAZIONI: 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	91389.0	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(CERVICO VAGINALE)		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
1	98	91389.1	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(LIQUIDO SEMINALE)		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
1	98	91389.2	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(LIQUIDO BRONCOLAVAGGIO )		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
1	98	91389.3	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(CITO-ISTOLOGICO DI ESPETTORATO)		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
1	98	91389.4	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(URINE)		S	S			25		S	98	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)
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	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE		S	S			3,9	S		99	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -
1	99	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL ASMATICO - PER SEDUTA COLLETTIVA	PRECISAZIONI: 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	93821.1	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	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
2	29	93.01.C	TRAINING PER L'EMODIALISI DOMICILIARE		S	S			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		S	S			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		S	S			53,5	S		29	93.01.E	PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO
2	29	93.01.F	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE		S	S			53,5	S		29	93.01.F	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE
2	56	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO		S	S			23		S	56	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO
2	79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE		S	S			36,95	S		79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE
2	79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA		S	S			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)		S	S			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)		S	S			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)		S	S			18,5	S		79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)
2	79	99.39.9	POSIZIONAMENTO DISPOSITIVO DI SOSTITUZIONE PER GASTROSTOMIA		S	S			40	S		79	99.39.9	POSIZIONAMENTO DISPOSITIVO DI SOSTITUZIONE PER GASTROSTOMIA
2	79	99.93.8	VALUTAZIONE BROMATOLOGICA DEL DIARIO ALIMENTARE		S	S			10,35	S		79	99.93.8	VALUTAZIONE BROMATOLOGICA DEL DIARIO ALIMENTARE
2	79	99.93.9	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO PER GASTROSTOMIA		S	S			20	S		79	99.93.9	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO PER GASTROSTOMIA
2	85	8901.47	VISITA DIABETOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		85	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.
2	85	8903.06	STESURA DEL PIANO DIABETOLOGICO	PRECISAZIONI: 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			40	S		85	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del piano diabetologico
2	85	8905.1	VISITA PRESSO CENTRO DI ACCOGLIENZA DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO PDTA - DIABETE MELLITO	PRECISAZIONI: Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia( ove non attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e di approfondimenti diagnostici, consenso informato.	S	S			40		S	85	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALEE
2	85	897.62	PRIMA VISITA DIABETOLOGICA		S	S			20,7	S		85	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
2	85	94.42.2	FORMAZIONE PER L'AUTOGESTIONE E / O ADDESTRAMENTO ALL'UTILIZZO DEI RELATIVI MECCANISMI	PRECISAZIONI: 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	S			11,2		S	85	94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi
2	91	99.50	RELAZIONE PSICOLOGICA PER AUTORITÀ GIUDIZIARIA	PRECISAZIONI: Prestazione che richieda tempo di stesura superiore a 60 minuti	S	S			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	INCLUSO: Compilazione ICF, Certificazioni scolastiche e al. (che richieda tempo di stesura superiore a 60 minuti)	S	S			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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 11	09	64.02	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo; ESCLUSO: Circoncisione Rituale	S	S			550		S	09	64.02	Circoncisione terapeutica (escluso quella rituale). Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	09	83.01.1	ALTRI INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1150		S	09	83.01.1	Altri interventi sui tessuti molli. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	09	84.3.A	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			900		S	09	84.3.A	Revisione del moncone di amputazione. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	09	86.00.1	ASPORTAZIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			500		S	09	86.00.1	Asportazione di cisti o seno pilonidale. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	12	18.30.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE E PLASTICA DELL'ORECCHIO ESTERNO	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			500		S	12	18.30.1	Asportazione radicale di lesione e plastica dell'orecchio esterno . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	12	83.01.1	ALTRI INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1150		S	12	83.01.1	Altri interventi sui tessuti molli . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	14	84.3.A	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			900		S	14	84.3.A	Revisione del moncone di amputazione. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	34	08.30.1	CORREZIONE DI BLEFAROPTOSI	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	S	S			800		S	34	08.30.1	Correzione di blefaroptosi. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo
DGR 11	34	08.38.A	CORREZIONE DI RETRAZIONE DELLA PALPEBRA	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	S	S			1000		S	34	08.38.A	Correzione di retrazione della palpebra.. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo
DGR 11	34	13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE, IN OCCHIO FACHICO, A SCOPO REFRAATTIVO	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite di controllo	S	S			994		S	34	13.70.1	Inserzione di cristallino artificiale a scopo refrattivo (in occhio fachico) (Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo)
DGR 11	36	78.50.1	ALTRI INTERVENTI SU PIEDE	PRECISAZIONI: resezione cuneiforme, borsectomia e osteotomia, artrodesi, osteotomia, applicazione di fissatore esterno/interno, osteoclasia, riduzione frattura con fissatore, fusione, tenotomia, amputazione dito piede	S	S			1300		S	36	78.50.1	Altri interventi su piede (es. resezione cuneiforme, borsectomia e osteotomia, artrodesi, osteotomia, applicazione di fissatore esterno/interno, osteoclasia, riduzione frattura con fissatore, fusione, tenotomia, amputazione dito piede)
DGR 11	36	80.00.1	ALTRI INTERVENTI SUL GINOCCHIO	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo. PRECISAZIONI: sinoviectomia, incisione della capsula, cartilagine, riparazione legamenti, altri interventi sull'articolazione, etc.	S	S			1550		S	36	80.00.1	Altri interventi sul ginocchio (es: sinoviectomia, incisione della capsula, cartilagine, riparazione legamenti, altri interventi sull'articolazione) . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	36	82.00.1	ALTRI INTERVENTI SU MANO POLSO COMPRESI RIMOZIONE DI DISPOSITIVI IMPIANTATI	PRECISAZIONI: ossa, tendini, tessuti molli, muscoli,ect.	S	S			1000		S	36	82.00.1	Altri interventi su mano polso (su ossa, tendini, tessuti molli, muscoli, ecc) compresi rimozione di dispositivi impiantati. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	36	83.01.1	ALTRI INTERVENTI SUI TESSUTI MOLLI	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1150		S	36	83.01.1	Altri interventi sui tessuti molli . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	36	84.3.A	REVISIONE DEL MONCONE DI AMPUTAZIONE	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			900		S	36	84.3.A	Revisione del moncone di amputazione. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	37	67.21	CONIZZAZIONE DELLA CERVICЕ UTERINA	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			600		S	37	67.21	Conizzazione della cervicе uterina . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	37	67.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CERVICЕ	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo; ESCLUSO: Cauterizzazione o Criochirurgia	S	S			1200		S	37	67.39	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto della cervicе (esclusa cauterizzazione o criochirurgia) . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	37	68.23	ABLAZIONE DELL'ENDOMETRIO	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1200		S	37	68.23	Ablazione dell'endometrio . Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	37	68.29.A	ASPORTAZIONE POLIPI ENDOMETRIALI/MIOMI A GUIDA ISTEROSCOPICA	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1200		S	37	68.29.A	Asportazione polipi endometriali/miomi a guida isteroscopica. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	38	18.30.1	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE E PLASTICA DELL'ORECCHIO ESTERNO	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			500		S	38	18.30.1	Asportazione radicale di lesione e plastica dell'orecchio esterno. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	38	27.70	INTERVENTI SULL'UGOLA, RIPARAZIONE DEL PALATO.	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1050		S	38	27.70	Interventi sull'ugola, riparazione del palato. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	43	56.01	ESTRAZIONE ENDOSCOPICA DALL'URETERE E PELVI RENALE DI DOPPIO	INCLUSO: visita anestesiológica, anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, visita di controllo	S	S			950		S	43	56.01	Estrazione endoscopica dall'uretere e pelvi renale di doppio j. Includo: visita anestesiológica, anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, visita di controllo
DGR 11	43	62.51	ORCHIDOPESSI	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			900		S	43	62.51	Orchidopessi. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	43	63.99.2	DEMOLIZIONE O ASPORTAZIONE DI VARICOCELE, LESIONE DELL'EPIDIDIMO, IDROCELE DEL CORDONE SPERMATICO.	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			900		S	43	63.99.2	Demolizione o asportazione di varicocele, lesione dell'epididimo, idrocele del cordone spermatico. Includo: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 11	43	64.02	CIRCONCISIONE TERAPEUTICA	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo; ESCLUSO: Circoncisione Rituale	S	S			550		S	43	64.02	Circoncisione terapeutica (escluso quella rituale). Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	43	99.30	INFILTRAZIONE INTRADETRUSORIALE PER VIA ENDOSCOPICA CON TOSSINA BOTULINICA	INCLUSO: visita ed esami specialistici pre intervento, visita anestesiológica ed anestesia, intervento, valutazioni post intervento e visite di controllo; PRECISAZIONI: Nelle disfunzioni vescico-uretrali di origine idiopatica (non neurologica) e neurologica.	S	S			850		S	43	99.30	Infiltrazione intradetrusoriale per via endoscopica con tossina botulinica nelle disfunzioni vescico-uretrali di origine idiopatica (non neurologica) e neurologica. Sono inclusi visita ed esami specialistici pre intervento, visita anestesiológica ed anestesia, intervento, valutazioni post intervento e visite di controllo
DGR 11	82	03.91.A	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE	ESCLUSO: Rifornimento; INCLUSO: posizionamento di catetre peridurale	S	S			100		S	82	03.91.A	Iniezione di sostanze terapeutiche analgesiche nel canale vertebrale con posizionamento di catetere peridurale
DGR 11	82	03.91.B	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE ANALGESICHE NEL CANALE VERTEBRALE [RIFORNIMENTO]	PRECISAZIONI: lin portatore di catetre peridurale	S	S			60		S	82	03.91.B	Iniezione di sostanze terapeutiche analgesiche nel canale vertebrale in portatore di catetere peridurale [rifornimento]
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
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 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)
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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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)
DGR 54	12	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
DGR 54	34	08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE	ESCLUSO: Riparazione di entropion o ectropion (08.44) e/o Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	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 (08.44) e/o Ricostruzione della palpebra con lembo o innesto (08.6)	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	13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite 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	INCLUSO: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visite 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	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, ECG, esami di laboratorio, rimozione punti, Visita post intervento	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	INCLUSO: 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		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)
DGR 54	36	81.72	METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1500		S	36	81.72	METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO
DGR 54	36	81.75	ARTROPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPOCARPALE E CARPOMETACARPALE SENZA IMPIANTO	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1500		S	36	81.75	METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO
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	98.51.3	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA. SINGOLA 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 84	09	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI	INCLUSO: Interventi primitivi o redive, esami e visite preoperatorie ed controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	S	S			911		S	09	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O REDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORIE 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	INCLUSO: Esami, 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	INCLUSO: Interventi primitivi o redive, esami e visite preoperatorie ed controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	S	S			911		S	14	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O REDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORIE ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORR.
DGR 84	30	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	INCLUSO: Esami, 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 84	34	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE	INCLUSO: esami e visite preoperatorie ed controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	S	S			900		S	34	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORIE ED 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	INCLUSO: Esami, 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

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) ORECCHIE	INCLUSO: orecchio medio e int., 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) ORECCHIE, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO orecchio medio e int., rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare	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	87036.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) ORECCHIE, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			133,3	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	64	8907.1	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - GIC	PRECISAZIONI: 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	99	8907.2	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - UVG	PRECISAZIONI: 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
2	85	8907.3	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - PDTA DIABETE	PRECISAZIONI: Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza di indirizzo e supporto al PDTA - DIABETE MELLITO	S	S			46,5	S		85	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	29	8907.4	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - DIALISI	PRECISAZIONI: 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	01	8907.5	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - ALLERGOLOGIA		S	S			46,5	S		01	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
2	79	93017.0	COUNSELLING NUTRIZIONALE	Attivazione di piano terapeutico nutrizionale complesso	S	S			57	S		79	93.01.7	COUNSELLING
2	56	93017.1	COUNSELLING FISIATRICO - GRAVE DISABILITA'		S	S			57	S		56	93.01.7	COUNSELLING
2	79	93018.0	COUNSELLING DIETISTICO	Attivazione di piano dietetico complesso	S	S			23	S		79	93.01.8	COUNSELLING
2	56	93018.1	COUNSELLING FISIOTERAPICO- MINORE DISABILITA'		S	S			23	S		56	93.01.8	COUNSELLING
1	98	90944.0	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.) - IgA		S	S			9,1	S		98	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90944.1	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			9,1	S		98	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90922.0	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			7,8	S		98	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90922.1	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			7,8	S		98	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90924.0	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			16	S		98	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90924.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			16	S		98	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90952.0	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			7,9	S		98	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90952.1	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			7,9	S		98	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90963.0	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			13,9	S		98	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90963.1	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			13,9	S		98	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91093.0	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			19,5	S		98	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91093.1	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			19,5	S		98	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91123.0	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) - IgA		S	S			12,7	S		98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91123.1	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			12,7	S		98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91123.2	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			12,7	S		98	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91141.0	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) - IgG		S	S			8,1	S		98	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	91141.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.) - IgM		S	S			8,1	S		98	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)
1	98	90482.0	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI C-ANCA		S	S			10,3	S		98	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
1	98	90482.1	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI P-ANCA		S	S			10,3	S		98	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)
1	98	90834.0	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - BORRELIA BURGDORFERI	PRECISAZIONI: 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	90834.1	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - BRUCELLA	PRECISAZIONI: 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	90834.2	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - ENTAMOEBIA HISTOLYTICA	PRECISAZIONI: 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	90834.3	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - HELICOBACTER PYLORI	PRECISAZIONI: 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	90834.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - MALARIA	PRECISAZIONI: 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	90834.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - MYCOBACTERIUM TUBERC	PRECISAZIONI: 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	90834.6	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - MYCOPLASMA E UREAPLASMA SPP	PRECISAZIONI: 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	90834.7	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - TREPONEMA PALLIDUM	PRECISAZIONI: 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	91086.0	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : STREPTOZYME		S	S			7		S	98	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI
1	98	91086.1	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO :STREPTO M TEST		S	S			7		S	98	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI
1	98	91131.0	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI ENTAMOEBIA HISTOLYTICA IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.1	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI ENTAMOEBIA HISTOLYTICA IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.2	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI INFLUENZA A IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.3	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI INFLUENZA A IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomeclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomeclatore regionale
1	98	91131.4	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI INFLUENZA B IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.5	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI INFLUENZA B IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.6	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) -ANTI PARAINFLUENZA IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.7	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI PARAINFLUENZA IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.8	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) -ANTI POLIOVIRUS II IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.9	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI POLIOVIRUS I IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.10	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) -ANTI POLIOVIRUS I IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.11	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI POLIOVIRUS II IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.12	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) -ANTI POLIOVIRUS III IgM		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91131.13	VIRUS ANTICORPI (TITOLAZIONE MEDIANTE F.C.) - ANTI POLIOVIRUS III IgG		S	S			5,2	S		98	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91161.0	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI IgG		S	S			7,9	S		98	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91161.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI IgM		S	S			7,9	S		98	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)
1	98	91222.0	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1 GENE ENV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA	PRECISAZIONI:Pevia Reazione Polimerasica a Catena, ovvero si intende riferita 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 (Pevia reazione polimerasica a catena)
1	98	91222.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1 GENE GAG ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA	PRECISAZIONI:Pevia Reazione Polimerasica a Catena, ovvero si intende riferita 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 (Pevia reazione polimerasica a catena)
1	98	90882.0	BRUCELLE ANTICORPI IgG	PRECISAZIONI:Titolazione mediante agglutinazione [WRIGHT]	S	S			3,3	S		98	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]
1	98	90882.1	BRUCELLE ANTICORPI IgM	PRECISAZIONI:Titolazione mediante agglutinazione [WRIGHT]	S	S			3,3	S		98	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]
1	98	90971.0	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI IgG		S	S			4,5	S		98	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90975.0	MICETI ANTICORPI: TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE igG		S	S			6,7	S		98	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90971.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI IgM		S	S			4,5	S		98	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	90975.1	MICETI ANTICORPI: TITOLAZIONE MEDIANTE AGGLUTINAZIONE IgG		S	S			6,7	S		98	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)
1	98	91065.2	RICKETTSIE ANTICORPI (ANTI RICKETISA CONORI) IgG		S	S			5	S		98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91065.3	RICKETTSIE ANTICORPI (ANTI RICKETISA CONORI) IgM		S	S			5	S		98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91065.4	RICKETTSIE ANTICORPI (RICKETISA MOOSERI) IgM		S	S			5	S		98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	91065.5	RICKETTSIE ANTICORPI (RICKETISA MOOSERI) IgG		S	S			5	S		98	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)
1	98	90684.0	IgG SOTTOCLASSE 1		S	S			11,3	S		98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
1	98	90684.1	IgG SOTTOCLASSE 2		S	S			11,3	S		98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
1	98	90684.2	IgG SOTTOCLASSE 3		S	S			11,3	S		98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
1	98	90684.3	IgG SOTTOCLASSE 4		S	S			11,3	S		98	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)
1	98	90525.3	ANTICORPI ANTI CERVELLETO		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.4	ANTICORPI ANTI COLON		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.5	ANTICORPI ANTI CUTE		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.6	ANTICORPI ANTI IPOFISI		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.7	ANTICORPI ANTI NERVO SCIATICO		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.8	ANTICORPI ANTI PARATIROIDE		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.9	ANTICORPI ANTI PROSTATA		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.10	ANTICORPI ANTI RENE		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.11	ANTICORPI ANTI TESTICOLO		S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	90525.12	ANTICORPI ANTI ORGANO (ALTRO)	PRECISAZIONI :Da utilizzare qualora non presente la specifica voce di catalogo relativa all'organo. L'informazione dell'organo deve essere indicata nel campo note	S	S			13,7	S		98	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO
1	98	91024.0	MICOBATTERI IN URINE 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	91024.1	MICOBATTERI ESCRETATO 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	91024.2	MICOBATTERI IN LIQUIDO SEMINALE 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	91024.3	MICOBATTERI IN ALTRI CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (ZIEHL-NEELSEN, KINYIUN)	PRECISAZIONI :Da utilizzare qualora non presente la specifica voce di catalogo relativa ai campioni biologici L'informazione del campione biologico deve essere indicata nel campo note	S	S			4,3	S		98	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)
1	98	91173.0	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE QUALITATIVO	PRECISAZIONI: 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 (Pevia reazione polimerasica a catena)
1	98	91173.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE QUANTITATIVO	PRECISAZIONI: 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 (Pevia reazione polimerasica a catena)
1	69	8722.0	RADIOGRAFIA (RX) DELLA COLONNA CERVICALE DINAMICHE (2 PROIEZIONI)	INCLUSO: esame morfodinamico della colonna cervicale. PRECISAZIONI: Almeno due 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			18,1	S		69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale
1	69	8722.1	RADIOGRAFIA (RX) DELLA COLONNA CERVICALE OBLIQUE (2 PROIEZIONI)	INCLUSO: esame morfodinamico della colonna cervicale. PRECISAZIONI: Almeno due 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			18,1	S		69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale
1	69	88017.0	TOMOGRAF. COMPUTER. (TC) PER STADIAZIONE ONCOLOGICA, SENZA E CON CONTRASTO CON VIS. MED. ANESTESISTA	INCLUSO: Studio dell'encefalo, del torace e dell'addome completo.	S	S			462,9		S	69	88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) senza e con mdc per stadiazione oncologica
1	98	90475.2	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgA) [S]		S	S			12,4	S		98	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)
1	98	90183.24	DROGHE D'ABUSO - MDMA (ecstasy) [S]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD,Oppiacei, Feniliclidina, Propossifene, Nicotina.

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	90183.25	DROGHE D'ABUSO - MDMA (ecstasy) [U]		S	S			5,4	S		98	90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina.
1	69	87642.0	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC, CON E SENZA CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	S	S			327,9		S	69	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto
1	98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO		S	S			3,1	S		98	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]
1	98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI		S	S			11,6	S		98	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]
1	58	4523.0	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA	ESCLUSO: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	N	S			209	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	4523.1	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON POLIPECTOMIA	ESCLUSO: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile(45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido(48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino crasso	N	S			203	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	45231.0	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA CON BIOPSIA	INCLUSO: Enteroscopia	N	S			266,8	S		58	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
1	58	45231.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA CON POLIPECTOMIA	INCLUSO: Enteroscopia	N	S			260,8	S		58	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA
1	58	4524.0	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON BIOPSIA	INCLUSO: Endoscopia del colon discendente; ESCLUSO: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	N	S			174,3	S		58	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
1	58	4524.1	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE CON POLIPECTOMIA	INCLUSO: Endoscopia del colon discendente; ESCLUSO: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	N	S			168,3	S		58	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)
1	58	4513.0	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON ASPORTAZIONE TESSUTO	COMPRENDE polipectomia	N	S			139,9	S		58	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]
1	69	88925.3	RISON. MAGNETICA (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO CON CINE-RM DEL CUORE E VIS. MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Prestazione di CINE RM eseguita sempre a sostituzione della prestazione 88925.2 e 88924.0	N	S			432,8	S		69	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE
1	98	90495.2	Abi ANTIGLIADINA DEAMIDATA		S	S			10,3	S		98	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)
1	35	897.63	PRIMA VISITA ODONTOIATRICA - CONSERVATIVA		S	S			20,7	S		35	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	35	897.64	PRIMA VISITA ODONTOIATRICA - PROTESICA		S	S			20,7	S		35	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	35	897.65	PRIMA VISITA ODONTOIATRICA - ORTODONTICA		S	S			20,7	S		35	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	68	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	PRECISAZIONI: 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		68	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI
1	56	9303.0	VALUTAZIONE PROTESICA - Finalizzata al collaudo	PRECISAZIONI: Tale prestazione 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	9303.1	VALUTAZIONE PROTESICA - Finalizzata alla prescrizione di presidi protesici	PRECISAZIONI: Tale prestazione 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	98	90755.0	TEMPO DI TROMBINA (TT) as tempo di reptilasi		S	S			3,3	S		98	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)
1	98	90754.0	CONTROLLO PERIODICO PER TERAPIA ANTICOAGULANTE ORALE (TAO)	Incluso: Visita di controllo (89.01), Prelievo di sangue venoso (91.49.2), Tempo di protrombina (PT)(90.75.4) Per accesso individuale (Ciclo di 10 accessi) Prescrivibile 1 solo ciclo per ricetta	S	S			15,8	S		98	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)
1	35	8901.76	VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO - PROTESICA		S	S			12,9	S		35	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	35	8901.77	VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO - CONSERVATIVA		S	S			12,9	S		35	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	35	8901.78	VISITA ODONTOIATRICA DI CONTROLLO - ORTODONTICA		S	S			12,9	S		35	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	43	8926.1	PRIMA VISITA ANDROLOGICA		S	S			20,7	S		43	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	897.68	PRIMA VISITA CARDIOCHIRURGICA CON ECG		N	S			32,3	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	69	88756.2	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO CON R.P.M.	INCLUSO l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	S	S			60,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88751.2	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE CON R.P.M.	INCLUSO: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili 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 maschili o femminili Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)
1	98	90334.2	RAC: MICROALBUMINURIA/CREATININURIA		S	S			4,1	S		98	90.33.4	MICROALBUMINURIA
1	98	90223.2	FERRITINA [siero]		S	S			6,4	S		98	90.22.3	FERRITINA [P](Sg)Er]
1	98	91136.0	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI - HELICOBACTER PYLORI WESTERN BLOT IgA		S	S			82,1		S	98	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)
1	98	91136.1	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI - HELICOBACTER PYLORI WESTERN BLOT IgG		S	S			82,1		S	98	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)
1	98	91137.0	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI - TOXOPLASMA GONDII AVIDITÀ IgG		S	S			11		S	98	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)
1	98	91137.1	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI - CITOMEGALOVIRUS AVIDITÀ IgG		S	S			11		S	98	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)
1	98	90933.14	ESAME CULTURALE TAMPONE RETTALE BIOLOGICI	INCLUSO: eventuale antibiogramma e identificazione. PRECISAZIONI: Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	S	S			7,5	S		98	90.93.3	ESAME CULTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.
1	98	91296.0	JAK 2 MUTAZIONE V617F (REAL TIME PCR)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	91296.1	MTHFR MUTAZIONE 1298°/C (REAL TIME PCR)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	91296.2	MTHFR MUTAZIONE C677T (REAL TIME PCR)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	91296.3	MUTAZIONE FATTORE II (REAL TIME PCR)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	91296.4	MUTAZIONE FATTORE V O DI LEIDEN (REAL TIME PCR)		S	S			126,6		S	98	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)
1	98	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO		S	S			12,3	S		98	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - EMOGASANALISI DI SANGUE CAPILLARE O ARTERIOSO		S	S			12,3	S		98	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso
1	99	89011.0	VALUTAZIONE E CERTIFICAZIONE PERIODICA IN ETÀ PEDIATRICA (BILANCIO DI SALUTE)	PRECISAZIONI: 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	37	89011.1	VALUTAZIONE E CERTIFICAZIONE PERIODICA IN GRAVIDANZA - BILANCIO DI SALUTE	PRECISAZIONI: 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	8901.79	VISITA DI CONTROLLO PER CONSEGNA AGENZA GRAVIDANZA E ANAMNESI SCREENING PRENATALE		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	37	8901.68	VISITA URO-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	71	8903.04	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE DI REUMATOLOGIA	PRECISAZIONI: Valutazione 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 REUMATOLOGICA		S	S			20,7	S		71	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	98	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] - SCOTCH TEST	PRECISAZIONI: Materiale perianale su cellophane adesivo. Ricerca Microscopica nelle feci	S	S			3,7	S		98	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophane adesivo (scotch test)
1	69	88331.0	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (RX 1 PROIEZIONE) POLSO - MANO		S	S			12,1	S		69	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia
1	69	88331.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (RX 1 PROIEZIONE) GINOCCHIA		S	S			12,1	S		69	88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso - mano o ginocchia
1	56	93.39.8	MAGNETOTERAPIA	PRECISAZIONI: 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	ULTRASUNOTERAPIA	PRECISAZIONI: Trattamento medio di 10 minuti per distretto	S	S	S	10	1,3	S		56	93.39.9	ULTRASUNOTERAPIA Per seduta
1	56	93.40	ELETTROTHERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI	PRECISAZIONI: 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	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA	PRECISAZIONI: Trattamento medio di 15 min. per distretto	S	S	S	10	3,1	S		56	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta
1	37	8926.3	PRIMA VISITA URO-GINECOLOGICA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico
1	56	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA	PRECISAZIONI: Trattamento medio di 10 min. per distretto	S	S	S	10	2,1	S		56	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Dinamica per seduta di 10 min.
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	98	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC-CROMATOGRAFIA LIQUIDA)	Qualora necessario, specificare nel campo note il campione (S,U)	S	S			30		S	98	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC-Cromatografia liquida)
1	98	90.67.1	EMOGLOBINE HB - ISOELETTRIFOCALIZZAZIONE		S	S			16,7	S		98	90.67.1	Hb - ISOELETTRIFOCALIZZAZIONE
1	98	90.66.5	EMOGLOBINE (Hb) ANOMALE (ELETTROFORESI)		S	S			14,4	S		98	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)
1	98	90.67.2	EMOGLOBINA HB - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (CROMATOGRAFIA)		S	S			12,9	S		98	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)
1	64	8905.0	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE (PRIMO APPROCCIO CAS)	PRECISAZIONI: 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	98	90.62.2	EMOCROMO: HB, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	PRECISAZIONI: Quando il medico vuole che sia effettuato su altri anticoagulanti (citrate e/o su litio eparina) indicare nella nota alla prestazione	S	S			3,2	S		98	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
1	98	90271.0	GLUCOSIO [S]	PRECISAZIONI: Indicare la modalità dell'esame (es. A digiuno) nella nota alla prestazione	S	S			1,2	S		98	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/DU/La]
1	98	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	PRECISAZIONI: Indicare la determinazione nella nota alla prestazione	S	S			10,9	S		98	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI
1	98	90284.1	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA (BENCE JONES) [U]		S	S			10,6	S		98	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]
1	56	93043.2	VALUT. DISTURBI MOTORI SENSIT. A MINORE (PIANO TRATT. DISAB.) E VALUT. CON ISOCINETICA O DEL CAMMINO	PRECISAZIONI: Prestazione da sostituirsi a 93043.0 qualora effettuata a completamento della medesima e deve essere oggetto di referto.	N	S			65		S	56	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93044.2	VALUT. DISTURBI MOTORI SENSIT. A MAGGIORE (PIANO TRATT. DISAB.) E VALUTAZ. CON PEDANA STABILOMETRICA	PRECISAZIONI: Prestazione da sostituirsi a 93044.0 qualora effettuata a completamento della medesima e deve essere oggetto di referto.	N	S			74		S	56	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	56	93043.1	VALUT. DISTURBI MOTORI SENSIT. A MINORE (PIANO TRATT. DISAB.) E VALUTAZ. CON PEDANA STABILOMETRICA	PRECISAZIONI: Prestazione da sostituirsi a 93043.0 qualora effettuata a completamento della medesima e deve essere oggetto di referto.	N	S			45		S	56	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO
1	68	93.99.2	ADDESTR.E ADDATTAM.PROTESI VENTILAT.NON INVASIVA O INVAS.PER VIA TRACHEOST. E EROGAT.DI PRESS.POSIT.	PRECISAZIONI: 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	69	88382.3	TOMOGR. COMP. (TC) RACHIDE CERVICALE E SPECO VERTEBRALE,SENZA E CON CONTRASTO,CON VIS. MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione di TC cervicale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). INCLUSO anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamerico codificare anche 88.90.3. 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.	N	S			137	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88382.4	TOMOGR. COMP. (TC) RACHIDE DORSALE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO, CON VIS. MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione di TC dorsale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). INCLUSO anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamerico codificare anche 88.90.3. 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	N	S			137	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	69	88387.6	TOMOGR. COMP. (TC) ARTICOLAZ. COXO-FEMORALE E FEMORE DX,SENZA E CON CONTRASTO,CON VIS. MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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	N	S			137	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].

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88387.7	TOMOGR. COMP. (TC) ARTICOLAZ. COXO-FEMORALE E FEMORE SN, SENZA E CON CONTRASTO, CON VIS. MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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	N	S			137	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	88382.5	TOMOGR. COMPUTERIZ. (TC) LOMBO - SACRALE E SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO CON MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione di TC lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). INCLUSO anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metameri codificare anche 88.90.3. 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.	N	S			137	S		69	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO
1	56	93.01.6	VALUTAZ. FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO TRATT.	PRECISAZIONI: Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3); INCLUSO 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	58	42.33.1	ASPORTAZIONE, AD INTEGRAZ., DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICALANIZ. ENDOSCOPICA CON ARGON PLASMA	PRECISAZIONI: Tale prestazione, qualora effettuata, e' integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.13	S	S			60.5	S		58	42.33.1	Asportazione di lesione o tessuto esofageo o ricanalizzazione endoscopica - mediante argon plasma
1	61	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: INDICAT. POSITIVI, CELL. AUTOLOGHE MARCATE, TRACCIANTI IMMUN. E RECET.	PRECISAZIONI: 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	32	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE: H, F, BLINK REFLEX, RIF. BULBOCAVERNOSO, RIF. ESTEROCETTIVI AGLI ARTI E TENDINEI	PRECISAZIONI: Per singolo riflesso. INCLUSO: EMG	S	S			10.3	S		32	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG
1	33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE: H, F, BLINK REFLEX, RIF. BULBOCAVERNOSO, RIF. ESTEROCETTIVI AGLI ARTI E TENDINEI	PRECISAZIONI: Per singolo riflesso. INCLUSO: EMG	S	S			10.3	S		33	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG
1	56	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE: H, F, BLINK REFLEX, RIF. BULBOCAVERNOSO, RIF. ESTEROCETTIVI AGLI ARTI E TENDINEI	PRECISAZIONI: Per singolo riflesso. INCLUSO: EMG	S	S			10.3	S		56	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: EMG
1	69	88955.2	RISON. MAGNET. (RM) ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTES.	INCLUSO: relativo distretto vascolare. PRECISAZIONI: 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.	N	S			200	S		69	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschili o femminili Includo: relativo distretto vascolare
1	33	93.01.5	VALUTAZ. FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO TRATTAM.	PRECISAZIONI: Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità: INCLUSO: 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	56	93.01.5	VALUTAZ. FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO TRATTAM.	PRECISAZIONI: Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), INCLUSO 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	58	45.43.1	ASPORTAZ. O DEMOLIZ. LOCALE DI LESIONE O TESSUTO INTESTINO CRASSO (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	61	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA, PIASTRINE O LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZ. DIFFERENZ. PER ORGANO/TESSUTO	PRECISAZIONI: 1) Studio della cinetica dei leucociti: per effettuare questa procedura e' indispensabile l'utilizzo di popolazioni leucocitarie pure. La marcatura prevede la separazione della popolazione leucocitaria in esame mediante gradienti di densita'. Lo studio della cinetica e' effettuato attraverso campionamenti seriati di sangue onde ottenere curve attivita'/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
2	91	99.52	CONSULENZA O VALUTAZ. PSICOLOGICO-CLINICA MULTIPROFES. CON ALTRI SPECIALISTI/OPERATORI PER CONFRONTO	PRECISAZIONI: Programmazione e monitoraggio degli interventi	S	S			22		S	91	99.52	Consulenza o valutazione psicologico- clinica multiprofessionale con altri specialisti e/o operatori per confronto, programmazione e monitoraggio degli interventi
1	69	88387.10	TOMOGRAF. COMPUTERIZ. (TC) CAVIGLIA E PIEDE DX, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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	N	S			137	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	88387.11	TOMOGRAF. COMPUTERIZ. (TC) CAVIGLIA E PIEDE SN, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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	N	S			137	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	87031.3	TOMOGRAF. COMPUTERIZ. (TC) SELLA TURCICA E ORBITE, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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.	N	S			133.3	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	88384.8	TOMOGRAF. COMPUTERIZ. (TC) GOMITO E AVAMBRACCIO DX, CON E/O SENZA CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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	N	S			142.6	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	88384.9	TOMOGRAF. COMPUTERIZ. (TC) GOMITO E AVAMBRACCIO SN, CON E/O SENZA CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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	N	S			142.6	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	98	91.39.5	ESAMEISTOCITOPATOLOG. ARTICOLAZ.: TESSUTO FIBROTENDINEO-IN MALATTIA DUPUYTREN E MALATTIA 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	91.47.7	PANEL IMMUNOFENOTIPIZ. PER DIAGN. DIFFERENZ. E TIPIZZAZ. (SOSP.PATOLOG.TUMORALE EMOLINFOPROLIF.)		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	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATER. BIOLOG. IBRIDAZ. NAS(PREVIA RETROTRASCR.- REAZ. POLIMERASICA A CATENA)	PRECISAZIONI: 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 (Previo Retroscrittore-Reazione polimerasica a catena)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91.06.6	PROTOZOI AG. CELLULARI ED EXTRACEL. IN MATERIALI BIOLOGICI - (IDENTIF. 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	91.29.2	ANALISI DNA PER POLIMORFISMO -CON REAZ. POLIMERASICA A CATENA, DIGESTIONE ENZIMATICA E ELETTROFORESI	PRECISAZIONI: Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 TECNICA DI BANDEGGIO (RISOLUZ. ALMENO DI 320 BANDE)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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	91.37.3	IBRID.IN SITU(FISH)SU METAFASI,NUCLEI INTERFAS.,TESSUTI-CON SONDE MOLECOL.A SINGOLA COPIA IN COSMIDE	PRECISAZIONI: Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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	IBRID.IN SITU(FISH)SU METAFASI,NUCLEI INTERFASICI,TESSUTI-CON SONDE MOLECOL.ALFOIDI E ALTRE SEQUENZE	PRECISAZIONI: Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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 alloidi ed altre sequenze ripetute
1	98	91.47.6	PANEL FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISP. ALLA TERAPIA PATOLOG.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	69	88384.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ. (TC) SPALLA E BRACCIO DX, CON E/O SENZA CONTRASTO,CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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	N	S			142.6	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	88387.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ. (TC) GINOCCHIO E GAMBA DX, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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	N	S			137	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	88387.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ. (TC) GINOCCHIO E GAMBA SN, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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	N	S			137	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	88911.2	RISONANZA MAGNET. (RM) TORACE., E ANGIO-RISONANZA MAGNET. (RM) DISTRETTO TORACICO		N	S			366,1	S		69	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO
1	98	91133.2	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOG. RICERCA DIRET.(AGGLUTINAZ.PASSIVA)-VIRUS 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.
DGR 54	37	69.10	ASPORTAZ. O DEMOLIZ. LOCALE DI LESIONE O TESSUTO 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	33	93.01.A	VALUTAZ. 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	12	86.61.A	IMPIANTO SOTTOCUTE DI MATERIALE RIASSORBIBILE O NON IN PAZIENTI IN TRATTAMENTO ANTIRETROVIRALE	PRECISAZIONI: La prestazione e' 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 e' 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	61	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMAC.), STUDIO QUANTITAT.	PRECISAZIONI: Se nella stessa seduta viene effettuata piu' 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	98	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO-1TECNICA DI BANDEGGIO(RISOLUZ. ALMENO DA 320 BANDE)	PRECISAZIONI: Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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-1TECNICA BANDEGGIO (RISOLUZ. ALMENO DA 300 BANDE)	PRECISAZIONI: Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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	91.44.3	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: BIOPSIA CERVICALE E ENDOMETRIALE - (CON RASCHIAM. CANALE)		S	S			46.5	S		98	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).
1	29	3995C.1	EMODIAFILTRAZIONE CON MEMBRANE A PERMEABILITA' ELEVATA E MOLTO BIOCOMPATIBILI CON PRESENZA DEL MEDICO	ESCLUSO: la presenza del medico; PRECISAZIONI: utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori.	N	S			280.2		S	29	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata
1	98	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACEL. IDENTIFICAZ. 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	69	88014.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ. (TC) ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTESISTA.	INCLUSO: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata.; PRECISAZIONI: 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 dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	N	S			139.8	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

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88384.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ. (TC) SPALLA E BRACCIO SN, CON E SENZA CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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	N	S			142.6	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	8894B.12	RISONANZA MAGNETICA (RM) ARTICOLAZ. SACRO-ILIACHE, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze nei diversi piani di scansione. 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	N	S			262.9		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	98	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICA 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	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - RICERCA MICROSC. DIRETTA IN CAMPO OSCURO O 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	91.29.4	ANALISI MUTAZIONE DNA - CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE NON RADIOMARCATI	PRECISAZIONI: 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	29	3995C.0	EMODIAFILTRAZIONE CON MEMBRANE A PERMEABILITA' ELEVATA E MOLTO BIOCAMPATIBILI AD ASSISTENZA LIMITATA	ESCLUSO: la presenza del medico; PRECISAZIONI: utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori.	S	S			267.3		S	29	39.95.C	ALTRA EMOFILTRAZIONE Con membrane a permeabilità elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata
1	98	90.97.6	MICETI AG. CELLULARI ED EXTRACEL. 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	69	88012.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. INCLUSO: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni. 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	N	S			139.8	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	58	43.41.1	ASPORTAZ. O DEMOLIZ. LOCALE, AD INTEGRAZIONE, DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA	INCLUSO: polipectomia. Tale prestazione, qualora effettuata, è integrativa e sostitutiva della prestazione codice 45.13.	S	S			58.6	S		58	43.41.1	Asportazione o demolizione locale di lesione o tessuto dello stomaco per via endoscopica compresa polipectomia.
1	69	88384.10	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ.(TC) DI POLSO E MANO DX, CON E/O SENZA CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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	N	S			142.6	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	88384.11	TOMOGRAFIA COMPUTERIZ. (TC) DI POLSO E MANO SN, CON E/O SENZA CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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	N	S			142.6	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	98	90853.0	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZ. DIRETTA - LIQUIDO CEFALO-RACHIDIANO (EIA)		S	S			7.1	S		98	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)
1	98	90853.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZ. DIRETTA - ALTRI MATERIALI BIOLOGICI (EIA)		S	S			7.1	S		98	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)
1	98	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - CON SEQUENZE GENOMICHE IN YAC.	PRECISAZIONI: 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	69	88016.0	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MEDICO ANESTESISTA	PRECISAZIONI: 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.	N	S			170.9	S		69	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO
1	70	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELER. LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO	PRECISAZIONI: 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	98	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - CON SONDE MOLECOLARI PAINTING	PRECISAZIONI: 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	29	3995A.0	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI AD ASSIST. LIMITATA IN PRESENZA DEL MEDICO	PRECISAZIONI: 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	N	S			185.2		S	29	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI ad assistenza limitata
1	98	91.29.5	ANALISI MUTAZIONE DEL DNA - CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA E IBRIDAZIONE CON SONDE RADIOMARCATI	PRECISAZIONI: 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	36	93.52	APPLICAZ. DI SUPPORTO PER IL COLLO: COLLARE CERVICALE, MINERVA GESSATA, SUPPORTO SAGOMATO DEL COLLO	PRECISAZIONI: 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	98	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (STR, VNTR) -CON REAZIONE POLIMERASICA A CATENA ED ELETTROFORESI (PER LOCUS)	PRECISAZIONI: 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).

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	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)	PRECISAZIONI: Se l' analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa puo' 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)
DGR 54	43	98.51.2	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE (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
1	32	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO MDB, MODA, WAIS, STANFORD BINET	PRECISAZIONI: Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	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	40	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO MDB, 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	98	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (PREVIA REAZIONE POLIMERASICA A CATENA)	PRECISAZIONI: 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	91.14.5	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	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (TEST DI GRAVIDANZA) [U]		S	S			6	S		98	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U])
1	69	87.22	RADIOGRAFIA (RX) DELLA COLONNA CERVICALE STANDARD, ALMENO 2 PROIEZIONI	INCLUSO: esame morfodinamico della colonna cervicale. PRECISAZIONI: 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			18,1	S		69	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) esame morfodinamico della colonna cervicale
1	98	91317.0	MICROORGANISMI RICERCA ANTICORPI (EIA/IF) BARTONELLA		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91317.1	MICROORGANISMI RICERCA ANTICORPI (EIA/IF) ECHO VIRUS		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91317.2	MICROORGANISMI RICERCA ANTICORPI (EIA/IF) ENTEROVIRUS		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91317.3	MICROORGANISMI RICERCA ANTICORPI (EIA/IF) VIRUS HHV7		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91317.4	MICROORGANISMI RICERCA ANTICORPI (EIA/IF) VIRUS HHV8		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	91317.5	MICROORGANISMI RICERCA ANTICORPI (EIA/IF) PARAINFLUENZALI		S	S			9,2		S	98	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)
1	98	90496.0	ANTICORPI ANTIENDOMISIO IgA		S	S			15,7		S	98	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO
1	98	90496.1	ANTICORPI ANTIENDOMISIO IgG		S	S			15,7		S	98	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO
1	37	897.70	PRIMA VISITA SENOLOGICA		S	S			20,7	S		37	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	69	897.70	PRIMA VISITA SENOLOGICA		S	S			20,7	S		37	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	68	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. SPIROMETRIA BASALE E DOPO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO	PRECISAZIONI: Serve a misurare il grado di reversibilita della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante.ESCLUSO: SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) e/o SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	S	S			37,2	S		68	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
1	69	87432.4	ALTRA RADIOGRAFIA (RX) DI CLAVICOLA DESTRA	PRECISAZIONI: 2 proiezioni	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	87432.3	ALTRA RADIOGRAFIA (RX) DI CLAVICOLA SINISTRA	PRECISAZIONI: 2 proiezioni	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	87432.5	ALTRA RADIOGRAFIA (RX) DI SCHELETRO TORACICO COSTALE MONOLATERALE DESTRA	PRECISAZIONI: 2 proiezioni	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	87432.6	ALTRA RADIOGRAFIA (RX) DI SCHELETRO TORACICO COSTALE MONOLATERALE SINISTRA	PRECISAZIONI: 2 proiezioni	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	88955.4	RISONANZA MAGNETICA (RM) PROSTATICA MULTIPARAMETRICA SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: relativo distretto vascolare. Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni.	S	S			371,9	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	8724.4	RADIOGRAFIA (RX) DEL RACHIDE LOMBO SACRALE DINAMICA	PRECISAZIONI: La prestazione dovra essere codificata due volte nei seguenti casi: esame contemporaneo morfologico e dinamico; 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	8724.5	RADIOGRAFIA (RX) DEL RACHIDE LOMBO SACRALE OBLIQUE	PRECISAZIONI: La prestazione dovra essere codificata due volte nei seguenti casi: esame contemporaneo morfologico e dinamico; 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	8821.5	RADIOGRAFIA (RX) DEL TORACO-BRACHIALE SN (2 PROIEZIONI )		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	8821.6	RADIOGRAFIA (RX) DEL TORACO-BRACHIALE DX (2 PROIEZIONI )		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	87412.0	TAC CORONARICA, SENZA E CON CONTRASTO COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA		N	S			212,9		S	69	87.41.2	TAC CORONARICA senza e con mdc
1	69	87413.0	TAC CARDIACA, SENZA E CON CONTRASTO COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA		N	S			212,9		S	69	87.41.3	TAC CARDIACA senza e con mdc
1	98	9049B.3	ANTICORPI ANTI CITRULLINA	PRECISAZIONI: Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	S	S			25		S	98	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A
1	98	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. SPIROMETRIA BASALE E DOPO SOMMINISTRAZIONE DI FARMACO	PRECISAZIONI: Serve a misurare il grado di reversibilita della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante.ESCLUSO: SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) e/o SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	S	S			37,2	S		58	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco
1	98	90681.529	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: F441 Rjug R1 NOCE		S	S			10	S		98	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	99	8907.6	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO		S	S			46,5	S		99	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	79	9993.0	CONSULENZA STOMATERAPICA	Attività condotta dall'infermiere stomaterapista per rivalutazione del paziente stomizzato durante ospedalizzazione o se già riabilitato; INCLUSO:- compilazione cartella stomaterapica- rilevazione dati relativi al complesso stomale- rilevazione di ulteriori necessità educative- riabilitative per successivi adattamenti- pianificazione ed erogazione di interventi educativi- riabilitativi	S	S			11,9		S	79	99.93	TERAPIA DIETETICA
1	71	99251.0	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA DI FARMACI BIOTECNOLOGICI		S	S			11,2		S	71	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA
1	58	88741.2	ELASTOGRAFIA EPATICA	PRECISAZIONI: per esame elastosonografico epatico ad eventuale integrazione delle prestazioni Ecografia dell'addome completo (88.76.1) ed Ecografia dell'addome superiore (88.74.1)	S	S			28,4	S		58	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	69	88741.2	ELASTOGRAFIA EPATICA	PRECISAZIONI: per esame elastosonografico epatico ad eventuale integrazione delle prestazioni Ecografia dell'addome completo (88.76.1) ed Ecografia dell'addome superiore (88.74.1)	S	S			28,4	S		69	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE
1	09	897.71	VISITA VULNOLOGICA		S	S			20,7	S		09	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	14	897.71	VISITA VULNOLOGICA		S	S			20,7	S		14	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	85	897.71	VISITA VULNOLOGICA		S	S			20,7	S		85	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	52	897.71	VISITA VULNOLOGICA		S	S			20,7	S		52	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	12	897.71	VISITA VULNOLOGICA		S	S			20,7	S		12	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	19	88714.3	ECOGRAFIA/ECODOPPLERGRAFIA TIROIDE - PARATIROIDI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	61	88714.3	ECOGRAFIA/ECODOPPLERGRAFIA TIROIDE - PARATIROIDI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	69	88714.3	ECOGRAFIA/ECODOPPLERGRAFIA TIROIDE - PARATIROIDI	PRECISAZIONI: La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide; INCLUSO lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma incluso 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	8827.6	RADIOGRAFIA (RX) DEL GINOCCHIO DX SOTTO CARICO		S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.7	RADIOGRAFIA (RX) DEL GINOCCHIO SN SOTTO CARICO		S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8828.5	RADIOGRAFIA (RX) DEL PIEDE DX SOTTO CARICO		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	8828.6	RADIOGRAFIA (RX) DEL PIEDE SN SOTTO CARICO		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	58	88741.3	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE CON ECO-DOPPLER ADDOME SUPERIORE	ESCLUSO: Ecografia dell'addome completo (88.76.1) Ecografia dell'addome superiore (88.74.1)	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	69	88741.3	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE CON ECO-DOPPLER ADDOME SUPERIORE	ESCLUSO: Ecografia dell'addome completo (88.76.1) Ecografia dell'addome superiore (88.74.1)	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	88912.2	RISONANZA MAGNETICA (RM) ENCEFALO, SENZA E CON CONTRASTO STUDIO PERFUSIONE	INCLUSO eventuale,relativo,distretto vascolare (88.91.C).PRECISAZIONI: Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			291,5	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	88912.3	RISON. MAGNETICA (RM) ENCEFALO, SENZA E CON CONTRASTO, STUDIO PERFUSIONE CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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. INCLUSO eventuale,relativo,distretto vascolare (88.91.C).	N	S			304,4	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	98	897.73	PRIMA VISITA GENETICA		S	S			20,7	S		98	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	69	88958.1	RISONANZA MAGNETICA (RM) ENTERO-RM		S	S			430		S	69	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto
1	69	88958.2	RISON. MAGNETICA (RM) ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO CON VIS. MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	N	S			442,9		S	69	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto
1	69	88912.4	RISONANZA MAGNETICA (RM) ENCEFALO, SENZA E CON CONTRASTO STUDIO DINAMICA LIQUORALE	INCLUSO eventuale,relativo,distretto vascolare (88.91.C).PRECISAZIONI: Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni.	S	S			291,5	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	8828.7	RADIOGRAFIA (RX) DITO DEL PIEDE DX ( 2 PROIEZIONI )	PRECISAZIONI: 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	8828.8	RADIOGRAFIA (RX) DITO DEL PIEDE SN ( 2 PROIEZIONI )	PRECISAZIONI: 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	8705.0	DACRIOCISTOGRAFIA OCCHIO DX		S	S			85,2	S		69	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA
1	69	8705.1	DACRIOCISTOGRAFIA OCCHIO SN		S	S			85,2	S		69	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA
1	69	88632.0	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE DX		S	S			246,4	S		69	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale
1	69	88632.1	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE SN		S	S			246,4	S		69	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale
1	69	88661.0	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE DX		S	S			246,4	S		69	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale
1	69	88661.1	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE SN		S	S			246,4	S		69	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale

Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	8823.5	RADIOGRAFIA (RX) DEL DITO DELLA MANO DX ( 2 PROIEZIONI)		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	8823.6	RADIOGRAFIA (RX) DEL DITO DELLA MANO SN ( 2 PROIEZIONI)		S	S			14,2	S		69	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano
1	09	5091.0	ECO ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA FEGATO	INCLUSO: Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e	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	69	5091.0	ECO ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA ECOGUIDATA FEGATO	INCLUSO: Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e	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	09	5091.1	TAC ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA TC GUIDATA FEGATO	INCLUSO: Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e	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	69	5091.1	TAC ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA TC GUIDATA FEGATO	INCLUSO: Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e	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	09	54911.0	ECO DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA ECOGUIDATA CISTI		S	S			154,9	S		09	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	69	54911.0	ECO DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA ECOGUIDATA CISTI		S	S			154,9	S		69	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	09	54911.1	TAC DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA TC GUIDATA CISTI		S	S			154,9	S		09	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	69	54911.1	TAC DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA TC GUIDATA CISTI		S	S			154,9	S		69	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata
1	69	87033.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DACRIOCISTOGRAFIA TC	INCLUSO: mascellare, seni paranasali, etmoide, articolaz. temporo-mandibolari.	S	S			127,8	S		69	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACIALE, 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	08	8901.80	VISITA CARDIOLOGICA DI CONTROLLO CON ECG		S	S			24,5	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	08	8901.81	VISITA CARDIOLOGICA ARITMOLOGICA DI CONTROLLO CON ECG		S	S			24,5	S		08	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	37	8926.5	PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA IN GRAVIDANZA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
1	37	8901.83	VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	56	897.72	PRIMA VISITA FISIATRICA PER FORNITURA AUSILI	PRESTAZIONE EROGATA ESCLUSIVAMENTE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE IN ASSOCIAZIONE A VALUTAZIONE PROTESICA	S	S			20,7	S		56	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	56	8901.84	VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO PER FORNITURA AUSILI	PRESTAZIONE EROGATA ESCLUSIVAMENTE DALLE STRUTTURE PUBBLICHE IN ASSOCIAZIONE A VALUTAZIONE PROTESICA	S	S			12,9	S		56	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	40	8901.85	RIVALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO PRESSO CENTRO DEMENZE E DISTURBI COGNITIVI (CDCC/UVA)		S	S			12,9	S		40	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8901.85	RIVALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO PRESSO CENTRO DEMENZE E DISTURBI COGNITIVI (CDCC/UVA)		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	21	8901.85	RIVALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO PRESSO CENTRO DEMENZE E DISTURBI COGNITIVI (CDCC/UVA)		S	S			12,9	S		21	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	69	88912.5	RISONANZA MAGNETICA (RM) ENCEFALO, SENZA E CON CONTRASTO STUDIO DINAMICA LIQUORALE CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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. INCLUSO eventuale, relativo, distretto vascolare (88.91.C).	N	S			304,4	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	07	8901.82	VISITA CARDIOCHIRURGICA DI CONTROLLO CON ECG		S	S			24,5	S		07	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	09	8901.86	VISITA VULNOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		09	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	14	8901.86	VISITA VULNOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		14	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	12	8901.86	VISITA VULNOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		12	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	52	8901.86	VISITA VULNOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		52	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	85	8901.86	VISITA VULNOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		85	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	39	99.93.2	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA/STATO NUTRIZIONALE	PRECISAZIONI: Antropometria, psicometria o Hand-grip	S	S			9		S	39	99.93.2	Valutazione della composizione corporea/stato nutrizionale (antropometria, psicometria o Hand-grip)
1	34	89.11	TONOMETRIA		S	S			13,9	S		34	89.11	TONOMETRIA -
1	69	8827.2	RADIOGRAFIA (RX) DEL GINOCCHIO DX (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: Codice da non utilizzare per la prestazione effettuata in situazione di carico.	S	S			21,2	S		69	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba
1	69	8827.3	RADIOGRAFIA (RX) DEL GINOCCHIO SN (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: Codice da non utilizzare per la prestazione effettuata in situazione di carico.	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 (RX) DEL PIEDE DX (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: Codice da non utilizzare per la prestazione effettuata in situazione di carico.	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 (RX) DEL PIEDE SN (2 PROIEZIONI)	PRECISAZIONI: Codice da non utilizzare per la prestazione effettuata in situazione di carico.	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	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) ed eventuale eco(color)doppler	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	69	88741.0	ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	PRECISAZIONI: L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali ovvero INCLUSO : fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni , retroperitoneo. . ESCLUSO: Ecografia dell'addome completo (88.76.1) ed l'eventuale eco(color)doppler	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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomecatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88912.0	RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO eventuale, relativo, distretto vascolare. PRECISAZIONI: Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni.	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	88912.1	RISON. MAGNETICA (RM) CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO, CON VISITA MED. ANESTES.	PRECISAZIONI: 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.	N	S			260.4	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	87033.0	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON CONTRASTO	INCLUSO: mascellare, seni paranasali, etmoide, articolaz. temporo-mandibolari.	S	S			127,8	S		69	87.03.3	TOMOGRRAFIA 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	87033.1	TOMOGRRAFIA COMPUTERIZ. (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE SENZA E CON CONTRASTO CON VISITA MED. ANESTESISTA	INCLUSO: mascellare, seni paranasali, etmoide, articolaz. temporo-mandibolari. PRECISAZIONI: 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.	N	S			140.7	S		69	87.03.3	TOMOGRRAFIA 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	08	897.67	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA CON ECG		S	S			32,3	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	08	897.69	PRIMA VISITA CARDIOLOGICA ARITMOLOGICA CON ECG		S	S			32,3	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	07	897.66	PRIMA VISITA CARDIOCHIRURGICA CON ECG		S	S			32,3	S		08	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	58	88756.0	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	INCLUSO l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta.	S	S			60,4	S		58	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88756.0	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	INCLUSO l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta.	S	S			60,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	69	88756.3	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO ANSE INTESTINALI	INCLUSO l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta.	S	S			60,4	S		69	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO
1	98	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI FIBROBL. ALTRI TESS.(MAT. ABORT...TECN. BANDEGGIO:RISOLUZ. NON INF 320 BANDE	PRECISAZIONI: 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)
DGR 11	09	38.59.A	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	INCLUSO:Stripping della femorale poplitea, safena mediante termoablazione con o senza occlusione sostanze chimiche. Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1100		S	09	38.59.A	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore. Stripping della femorale poplitea, safena mediante termoablazione con o senza occlusione sostanze chimiche. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
DGR 11	14	38.59.A	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	INCLUSO:Stripping della femorale poplitea, safena mediante termoablazione con o senza occlusione sostanze chimiche. Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1100		S	14	38.59.A	Legatura e stripping di vene varicose dell'arto inferiore. Stripping della femorale poplitea, safena mediante termoablazione con o senza occlusione sostanze chimiche. Incluso: visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo
1	37	8901.87	VISITA SENOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	69	8901.87	VISITA SENOLOGICA DI CONTROLLO		S	S			12,9	S		69	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8913.4	PRIMA VISITA NEUROLOGICA DISORDINI DEL MOVIMENTO	Pazienti con sospetto clinico o con diagnosi già posta di malattia extrapiramidali o disordine del movimento (a titolo di esempio malattia di Parkinson, parkinsonismi atipici, tremore essenziale, etc.)	S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	8913.5	PRIMA VISITA NEUROLOGICA SCLEROSI MULTIPLA E PATOLOGIE DEMIELINIZZANTI	Pazienti con diagnosi già posta di sclerosi multipla o altra patologia demielinizzante del sistema nervoso centrale	S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	8913.6	PRIMA VISITA NEUROLOGICA EPILESSIA	Pazienti con sospetto clinico o con diagnosi già posta di epilessia	S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	8913.8	PRIMA VISITA NEUROLOGICA MALATTIE CEREBROVASCOLARI	Pazienti con sospetto clinico o diagnosi già posta di malattie cerebrovascolari	S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	8913.9	PRIMA VISITA NEUROLOGICA MALATTIE NEUROMUSCOLARI	Pazienti con sospetto clinico o diagnosi già posta di patologia del sistema nervoso periferico, della placca neuromuscolare o del muscolo scheletrico	S	S			20,7	S		32	89.13	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	32	8901.88	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO DISORDINI DEL MOVIMENTO		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8901.89	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO SCLEROSI MULTIPLA E PATOLOGIE DEMIELINIZZANTI		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8901.90	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO EPILESSIA		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8901.92	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO MALATTIE CEREBROVASCOLARI		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	32	8901.93	VISITA NEUROLOGICA DI CONTROLLO MALATTIE NEUROMUSCOLARI		S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	69	88909.0	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC	ESCLUSO: Colonscopia Virtuale. PRECISAZIONI: 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	88909.1	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON RM	ESCLUSO: Colonscopia Virtuale. PRECISAZIONI: 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	88909.2	ENDOSCOPIE VIRTUALI ALTRE ENDOSCOPIE	ESCLUSO: Colonscopia Virtuale. PRECISAZIONI: 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	88389.1	ANGIO TC AORTA (TORACICA/ADDOMINALE)	PRECISAZIONI: 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	88389.2	ANGIO TC ARTERIE RENALI	PRECISAZIONI: 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	88389.3	ANGIO TC ARTI INFERIORI	PRECISAZIONI: 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	88389.4	ANGIO TC TRONCHI SOVRAORTICI/CAROTIDE	PRECISAZIONI: 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)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomenclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	69	88389.5	ANGIO TC ADDOME (SINGOLO DISTRETTO)	PRECISAZIONI: 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	88389.6	ANGIO TC ARTO SUPERIORE	PRECISAZIONI: 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	88389.7	ANGIO TC TORACE (SINGOLO DISTRETTO)	PRECISAZIONI: 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	88389.8	ANGIO TC WILLIS SINGOLO DISTRETTO	PRECISAZIONI: 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	88389.9	ANGIO TC AORTA (TORACICA/ADDOMINALE) COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.10	ANGIO TC ARTERIE RENALI COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.11	ANGIO TC ARTI INFERIORI COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.12	ANGIO TC TRONCHI SOVRAORTICI/CAROTIDE COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.13	ANGIO TC TRONCHI ADDOME (SINGOLO DISTRETTO) COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.14	ANGIO TC ARTO SUPERIORE COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.15	ANGIO TC TORACE (SINGOLO DISTRETTO) COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	88389.16	ANGIO TC WILLIS SINGOLO DISTRETTO COMPRESA VIS MED. ANESTESISTA	PRECISAZIONI: Effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	N	S			212,9		S	69	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838A.0	ANGIO TC ADDOME (ULTERIORE DISTRETTO)	PRECISAZIONI: Integra la prestazione 88.38.9 del nomenclatore per ogni ulteriore distretto esaminato.	S	S			50		S	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838A.1	ANGIO TC TORACE (ULTERIORE DISTRETTO)	PRECISAZIONI: Integra la prestazione 88.38.9 del nomenclatore per ogni ulteriore distretto esaminato.	S	S			50		S	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	69	8838A.2	ANGIO TC TRONCHI ART. EPIAORTICI (ULTERIORE DISTRETTO)	PRECISAZIONI: Integra la prestazione 88.38.9 del nomenclatore per ogni ulteriore distretto esaminato.	S	S			50		S	69	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)
1	37	8926.6	PRIMA VISITA PER PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA		S	S			20,7	S		37	89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico
1	37	8901.95	VISITA DI CONTROLLO PER PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA		S	S			12,9	S		37	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	58	897.74	PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA PER LE MALATTIE INFETTIVE CRONICHE INTESTINALI		S	S			20,7	S		58	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	58	8901.96	VISITA GASTROENTEROLOGICA DI CONTROLLO PER LE MALATTIE INFETTIVE CRONICHE INTESTINALI		S	S			12,9	S		58	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	99	8907.7	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO PRESSO CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (EX UVA)	Prima valutazione di pazienti con sospetto di disturbo cognitivo e demenza (o di pazienti già precedentemente seguito presso altro CDCD) con concomitante somministrazione di test neuropsicologici e scale di autonomia	S	S			46,5	S		99	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO
1	32	8901.91	VISITA SUCCESSIVA PRESSO CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (EX UVA)	Visita successiva in paziente già seguito. Può essere associata alla prestazione RIVALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO PRESSO CDCD (EX UVA) nel caso di necessità di redazione di nuovo piano terapeutico	S	S			12,9	S		32	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	40	8901.91	VISITA SUCCESSIVA PRESSO CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (EX UVA)	Visita successiva in paziente già seguito. Può essere associata alla prestazione RIVALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO PRESSO CDCD (EX UVA) nel caso di necessità di redazione di nuovo piano terapeutico	S	S			12,9	S		40	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	21	8901.91	VISITA SUCCESSIVA PRESSO CENTRO PER I DISTURBI COGNITIVI E DEMENZE (EX UVA)	Visita successiva in paziente già seguito. Può essere associata alla prestazione RIVALUTAZIONE DEL PROGRAMMA TERAPEUTICO PRESSO CDCD (EX UVA) nel caso di necessità di redazione di nuovo piano terapeutico	S	S			12,9	S		21	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima
1	82	897.75	PRIMA VISITA ANESTESIOLOGICA PER AGOPUNTURA		S	S			20,7	S		82	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita
1	98	91391.0	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE: TIROIDE		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91391.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE: FEGATO		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91391.2	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE: LINFONODO		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91391.3	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE: PANCREAS		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91391.4	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE :POLMONE		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91391.5	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE: MAMMELLA		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91391.6	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE: GHIANDOLE SALIVARI		S	S			33,8	S		98	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas
1	98	91392.0	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): CITOLOGIA - BRUSHING BRONCHIALE		N	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91392.1	ES. CITOLOGICO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): BRUSHING COLEDOCO		N	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91392.2	ES. CITOLOGICO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): BRONCOASPIRATO/BAL		N	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91392.3	ES. CITOLOGICO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): RESPIRATORIO-BRONCO-BAL LAVAGGIO BRONCOALVER		N	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91392.4	ES. CITOLOGICO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): CITOLOGIA - BRUSHING BRONCHIALE		N	S			27,2	S		98	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91393.0	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): VERSAMENTO PERITONEALE		N	S			27,2	S		98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91393.1	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): VERSAMENTO PLEURICO		N	S			27,2	S		98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)

## Testo integrato del catalogo regionale delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale

EX Alleg	Codice branca	Codice Catalogo	Descrizione Catalogo	Linee guida proposte	Prestazione Prescrivibile	Prestazione Erogabile	Prestazione Ciclo	Numero Sedute	Tariffa indicativa di fascia A	LEA NAZ	LEA Regionale	Codice branca	Codice prestazione nomeclatore tariffario regionale vigente	Descrizione da ultima versione tariffario nomenclatore regionale
1	98	91393.2	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): VERSAMENTO ARTICOLARE		N	S			27,2	S		98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91393.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni): VERSAMENTO PERICARDICO		N	S			27,2	S		98	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)
1	98	91405.0	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale LABBRO - RESEZIONE CUNEIFORME		N	S			27,2	S		98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale
1	98	91405.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale: TESSUTI MOLLI - BIOPSIA ESCISSIONALE		N	S			27,2	S		98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale
1	98	91405.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale: CUTE SCROTALE BIOPSIA		N	S			27,2	S		98	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale
1	98	91413.0	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica): RETTO		N	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91413.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica): STOMACO		N	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91413.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica): VIE BILIARI-BIOPSIA/BRUSHING/BILE		N	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91413.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica): COLON		N	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91413.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica): DUODENO		N	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91413.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica): ESOFAGO		N	S			14,1	S		98	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)
1	98	91414.0	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple): ESOFAGO		N	S			46,5	S		98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91414.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple): RETTO		N	S			46,5	S		98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91414.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple): STOMACO		N	S			46,5	S		98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91414.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple): COLON		N	S			46,5	S		98	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91421.0	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple): STOMACO		N	S			46,5	S		98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91421.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple): RETTO		N	S			46,5	S		98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91421.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple): COLON		N	S			46,5	S		98	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)
1	98	91422.0	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola): RETTO		N	S			14,1	S		98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)
1	98	91422.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola): STOMACO		N	S			14,1	S		98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)
1	98	91422.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola): COLON		N	S			14,1	S		98	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)
1	98	91424.0	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: POLMONE		N	S			43,6	S		98	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica
1	98	91472.0	ORGANO NAS - ISTOLOGIA - AGOBIOPSIA		S	S			46,5	S		98	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale
1	99	93821.2	TERAPIA EDUCAZIONALE CARDIOLOGICA - PER SEDUTA INDIVIDUALE		S	S			4,4	S		99	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale
2	79	93018.3	COUNSELLING STOMATERAPICO PRE O POSTOPERATORIO	Attività erogata dai stomaterapisti finalizzata alla preparazione preoperatoria e presa in carico postoperatoria del paziente stomizzato, fino al completo recupero dell'autonomia nella gestione dello stoma (per ogni seduta della durata non inferiore a 45 minuti) INCLUSO:- compilazione cartella stomaterapica-disegno preoperatorio del sito di stomia-colloquio informativo sul percorso educativo-riabilitativo postoperatorio- rilevazione dati antropometrici ed abilità nelle AVQ- rilevazione dati relativi al complesso stomale- anamnesi attività di vita pregresse e attuali, preferenze ed abitudini- valutazione capacità residue e risorse personali e familiari- stesura programma educativo/riabilitativo per stomia- elaborazione ed esposizione al paziente del programma personalizzato	S	S			23	S		79	93.01.8	COUNSELLING
1	09	9818.1	IRRIGAZIONE DA STOMIA	(riabilitativa, terapeutica, per preparazione fisica)	S	S			10,1	S		09	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -
2	79	99152.0	VALUTAZIONE CLINICA DEL COMPLESSO STOMALE E DELL'APPROPRIATEZZA DEL PRESIDIO UTILIZZATO		S	S			18,5	S		79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)
1	09	8628.1	GESTIONE CONSERVATIVA COMPLICANZE STOMALI	Prestazione erogata dai stomaterapisti, in presenza di lesioni del complesso stomale (diastasi mucocutanea, alterazioni integrità cutanea peristomale, prolasso, granulomi, ecc...). Dilatazione dello stoma.	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)
DGR 22	36	78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, CON SEDE NON SPECIFICATA	INCLUSO: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo	S	S			1500		S	36	78.60	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ORTOPEDICO IMPIANTATO, CON SEDE NON SPECIFICATA.Incluso: Visita anestesiológica ed anestesia, esami pre intervento, intervento, medicazioni, rimozione punti, visita di controllo