



**Assessorato Tutela della Salute e Sanità,
Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia**

D.D. N. 49 DEL 25 01.2011

Testo integrato delle disposizioni regionali intervenute nel periodo luglio 2004 – dicembre 2010 a seguito dei seguenti provvedimenti:

D.G.R. n. 73-13176 del 26.07.2004

D.G.R. n. 52-14486 del 29.12.2004

D.G.R. n. 44-2323 del 6.03.2006

D.G.R. n. 84-10526 del 29.12.2008

D.G.R. n. 21-10726 del 9.02.2009

D.G.R. n. 61-13646 del 22.03.2010

D.G.R. n. 42-941 del 3.11.2010

Allegato 1, Allegato 2, Allegato 3 e Allegato 4 in ordine di branca specialistica

Settore Assistenza Specialistica e Ambulatoriale

ALLEGATO 1

Comprende le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio e relative tariffe, elencate secondo le branche specialistiche di riferimento, e corredate da linee-guida nazionali e regionali e da indicazioni sulle modalità di rilevazione, da riconoscere agli erogatori pubblici ed equiparati (colonna 1), alle Strutture sanitarie ed ai professionisti privati accreditati, secondo la tipologia di accreditamento (colonna 1 per la fascia A, colonna 2 per la fascia B, colonna 3 per la fascia C), a fronte delle prestazioni rese
(elencate in ordine di branca specialistica)

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01		0	ALLERGOLOGIA				
<p>NOTE:</p> <p>NOTA AL CODICE 89.7 (Prima Visita allergologica): ogni centro, secondo gli indirizzi regionali, inserisce i dati clinici nel programma informativo regionale ai fini epidemiologici, statistici e di valutazione dell'appropriatezza. Rileva la singola voce di malattia di cui è affetto ogni soggetto visitato per la prima volta (es. rinite, oppure asma, etc.).</p> <p>NOTA AL CODICE 89.01 (Visita di controllo, Visita successiva alla prima): Visita di controllo per la rivalutazione del decorso clinico e della terapia. La visita di controllo deve essere erogata entro un anno dalla precedente visita. Le visite per chiarire quesiti nuovi sono da considerare prime visite (COD 89.7). Le visite effettuate al momento della somministrazione dell'estratto iposensibilizzante fanno parte della prestazione di cui al cod. 99.12.</p> <p>LINEE GUIDA PER IL CODICE I R 91.90.6 - Il codice si riferisce ad una serie di test cutanei per diagnosticare alcuni tipi di reazioni avverse a farmaci ed al veleno di imenotteri. Si tratta di test multi stadio, eseguiti a tempi stabiliti, con concentrazioni scalari di allergene seguendo le indicazioni della letteratura nazionale ed internazionale ed i protocolli regionali. I controlli positivi e negativi sono una costante e non sono conteggiabili come sostanze test.</p> <p>1) Test per anestetici locali: la prestazione si rileva al completamento dei prick ed I.D. test per almeno due e fino a 6 anestetici locali. Il challenge iniettivo con l'anestetico prescelto va conteggiato come ulteriore prestazione con lo stesso codice.</p> <p>2) Test per anestetici generali: si effettua con farmaci ipnotici, analgesici e miorellassanti utilizzati in neuroleptoanalgesia opportunamente diluiti secondo le indicazioni della letteratura. Si tratta usualmente ed al momento, di thiopentale, pancuronio, vecuronio, propofol, succinilcolina, atracurium, diazepam, prometazina, fentanile sodico, diidroperidolo (l'elenco è aggiornabile concordemente al variare delle tecniche anestetiche). Si considera prestazione rilevabile il test di almeno cinque tra le sostanze elencate/elencabili.</p> <p>3) Test per Beta lattamine (pen test): la prestazione comprende l'esecuzione dei test cutanei, prick e I.D., con PPL, benzilpenicillina potassica ed MDM con le diluizioni e le modalità tecniche previste.</p> <p>4) Test per Beta lattamine (catene laterali): si esegue a completamento del pen test con ampicillina, amoxicillina ed 1 o 2 cefalosporine e la prestazione prevede l'esecuzione sia del prick sia delle ID con le diluizioni e le modalità tecniche previste.</p> <p>5) Test di tolleranza iniettivo per altri farmaci: si effettua solo per alcuni farmaci per i quali è stato descritto un meccanismo immunologico ed è accettata la validità del test cutaneo; l'elenco è man mano aggiornato dai dati della letteratura. Si considera una prestazione ogni sostanza cimentata per patch e/o prick e ID secondo le tecniche e le diluizioni previste per la singola molecola.</p> <p>Si sottolinea come il cosiddetto "pomfo di prova" non deve essere fatto, in quanto procedura ritenuta non attendibile, potenzialmente pericolosa, e non rispondente ai requisiti previsti dalle procedure sopra descritte.</p> <p>6) Test con veleno di imenotteri: si considera prestazione il test completato in ogni passaggio ed eseguito almeno per veleni di vespa, polistes ed apis.</p> <p>Il test di cui al codice 91.90.6 sono da eseguire in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).</p> <p>LINEE GUIDA PER IL CODICE R H I 91.90.7</p> <p>Sono test potenzialmente a rischio di reazioni gravi, non eseguibili di routine ma solo se altri test, in vivo ed in vitro non sono disponibili o non hanno fornito i chiarimenti diagnostici attesi. Si eseguono solo in casi selezionati, dopo aver ottenuto un valido consenso informato e valutato il rapporto rischio/beneficio. E' prevista la presenza del medico rianimatore, non necessariamente nei locali in cui si effettuano i test, durante e nelle ore immediatamente successive all'esecuzione delle procedure diagnostiche. E' necessaria la presenza continuativa del medico e di un infermiere professionale adeguatamente formato. Sono di competenza dello specialista in Allergologia e Immunologia Clinica (o di un medico di lunga e provata esperienza dedicato esclusivamente alle attività di allergologia).</p> <p>Il test di cui al codice 91.90.7 sono da eseguire in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA).</p> <p>NOTA AL CODICE HR 89.37.6 Prova Broncodinamica con Agente Broncocostrittore (Singolo stimolo specifico): Lo stesso codice identifica anche il test di provocazione specifico nasale (TPNs) e congiuntivale (TPCs). I dati clinici vanno inseriti nel programma informativo regionale ai fini epidemiologici, statistici e di valutazione dell'appropriatezza, rendendo in questo modo disponibile la relativa documentazione. In anamnesi va specificata la motivazione del test che deve essere registrato nell'apposita "Sezione Procedure/Test di provocazione-tolleranza" specificando il tipo di provocazione (nasale, congiuntivale, bronchiale). Quando il codice è riferito ad una stimolazione specifica con allergene per via BRONCHIALE il test è eseguibile solo dai Centri abilitati alle PAEC n. 07/08 (DGR n° 34-13138 DEL 26 LUGLIO 2004) in ambulatorio ospedaliero protetto (sede di DEA). La prestazione è di competenza di specialisti in Allergologia e Immunologia Clinica, Malattie Apparato Respiratorio e/o Fisiopatologia Respiratoria.</p>							
01	*	89.7	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	Nella prima visita il problema clinico principale del paziente è affrontato per la prima volta, viene predisposta appropriata documentazione clinica ed impostato un piano diagnostico - terapeutico. Include la visita di un paziente, già noto per una patologia cronica, che presenta un diverso problema clinico o un'evoluzione imprevista della malattia.	30,00	30,00	30,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	*	89.01	VISITA DI CONTROLLO	Nella visita di controllo un problema già inquadrato dal punto di vista diagnostico e terapeutico (ad esempio un paziente cronico) viene rivalutato dal punto di vista clinico entro un anno dalla prima visita. La documentazione esistente viene aggiornata. Le visite effettuate al momento della somministrazione dell'estratto ipo sensibilizzante, per stabilire se esistono controindicazioni temporanee alla stessa, non sono visite di controllo, in quanto fanno parte della prestazione di cui al cod. 99.12.	20,00	20,00	20,00
01	I R *	89.7.2	VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nel caso di farmaco allergia o sindromi complesse (più sindromi riscontrate contemporaneamente). La corretta compilazione del campo anamnesi giustifica l'aggiunta di questa prestazione a quella con codice 89.7	28,00	25,80	23,80
01	H I R*	89.07	VISITA MULTIDISCIPLINARE	Trattasi di visita multidisciplinare in cui il paziente viene visitato contemporaneamente da più specialisti.	53,50	49,25	45,50
01	R	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermografismo/sfregamento (punta smussa, adeguata pressione e lettura a 10' e 30') o del test caldo freddo (provetta rame/vetro con acqua calda/ghiaccio fondente applicata per 30" - 5' e relativa lettura a 30" - 1' - 2' - 5' - 30').	9,30	8,55	7,90
01	R	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test- Fino a 7 allergeni)	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.	18,60	17,15	15,85
01	R	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 25 allergeni)	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.	41,35	38,05	35,15
01	I R	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (fino a 7 allergeni)	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.	51,65	47,55	43,90
01	I H R*	91.90.7	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI (per singola dose)	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.	7,75	7,15	6,60

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	IR*	91.90.A	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCHI	Il test si rileva come prestazione ogni 6 sostanze testate oltre ai controlli positivi e negativi e si effettua secondo le indicazioni dei protocolli regionali.	18,60	17,15	15,85
01	IH R*	91.90.B	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	Consiste nell'applicare una sostanza aptenica/allergenica sulla faccia volare dell'avambraccio senza occlusione e senza utilizzo di apparati testanti. Sostanze da applicare e criteri di lettura secondo letteratura.	6,70	6,20	5,70
01	R *	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL'ASMATICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna. Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la 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.	1,25	1,15	1,10
01	R *	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	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.	26,75	24,65	22,75
01	R *	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di un farmaco beta stimolante. Non associabile a SPIROMETRIA SEMPLICE (88.37.1) SPIROMETRIA GLOBALE (88.37.2)	42,80	39,40	36,40
01	R*	89.37.5	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE aspecifico	Curva dose-risposta - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13. Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico aspecifico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	103,30	95,05	87,80
01	I R *	89.37.6	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE - Singolo stimolo (specifico/allergene)	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 congiuntivale (TPCs) sono da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prestazione per ogni allergene testato. La prestazione comprende tutti i passaggi necessari alla conclusione della procedura (8 passaggi). Deve essere disponibile la relativa documentazione.	103,30	95,05	87,80
01	*	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria	Il test misura le resistenze e le pressioni intranasali sia con rinomanometro che con rino faringometro. Nel caso di esecuzione della rinometria in corso di test di provocazione nasale specifica con allergene si utilizza il codice 89.12.A	16,05	14,80	13,65
01	I R*	89.12.A	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	Esame rinomanometrico associato al test di stimolazione nasale con allergene	120,00	105,00	100,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
01	R*	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	Somministrazione per via iniettiva di modificatori biologici della risposta immunitaria (diversi dai vaccini antiallergici) quali ad esempio gli anticorpi monoclonali anti IgE. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	11,65	10,70	9,90
01	R*	89.38.8	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	Ogni misurazione corrisponde alla prestazione sia in età pediatrica che negli adulti	26,75	24,65	22,75
01	R*	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	Consiste nella somministrazione di un estratto allergene specifico (acquoso o ritardato) a dosi crescenti o ripetute nel tempo. La prestazione prevede le valutazioni cliniche necessarie per individuare eventuali controindicazioni temporanee alla somministrazione della terapia. Si utilizza questo codice per una somministrazione di estratto per vaccinoterapia. Sull'impegnativa è possibile segnare fino ad un massimo di otto somministrazioni.	6,70	6,20	5,70
01	*	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	Si effettua presso il Centro per snellire le procedure per gli esami di laboratorio specifici per la diagnostica allergologica in corso.	3,05	2,80	2,60
08		0	CARDIOLOGIA				
08		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		84,80	78,05	72,10
08		38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		84,80	78,05	72,10
08		39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)		12,50	11,50	10,65
08		88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		54,10	49,80	46,00
08		88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -		57,75	53,15	49,10
08	*	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA - Ecocardiografia transesofagea	Con o senza contrastografia. La prestazione comprende preliminarmente la valutazione clinica della sussistenza delle indicazioni risultanti dalla prescrizione.	105,40	97,00	89,60
08	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		134,80	124,05	114,60
08	A *	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	71,80	66,05	61,05
08	I*	88.72.7	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	L'esame deve comprendere: 1- la valutazione clinica preliminare delle indicazioni e controindicazioni. 2- Monitorizzazione ECG grafica continua. 3 - Controllo pressorio. 4 - controllo continuo ecocardiografico. Il referto deve essere completato dalla interpretazione dei dati conseguiti.	109,50	100,75	93,10

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
08		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		51,65	47,55	43,90
08		88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		29,20	26,90	24,85
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		51,65	47,55	43,90
08		88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -		27,35	25,20	23,25
08	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	20,00	20,00	20,00
08	*	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	67,15	61,80	57,10
08		89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -		9,30	8,55	7,90
08	*	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	65,65	60,40	55,80
08		89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo		65,65	60,40	55,80
08	*	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	98,65	90,75	83,85
08	*	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	28,45	26,20	24,20
08	I*	89.48.2	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	L'esame deve essere comprensivo di ECG eseguito contestualmente e da codificare con cod. 89.52. Il referto deve comprendere le risultanze dell'ECG	45,45	41,85	38,65
08	*	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)	L'esame deve comprendere monitoraggio dinamico ECG continuo di 24 ore con metodica HOLTER	72,95	67,15	62,00
08		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -		13,70	12,60	11,65
08		89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia		54,70	50,35	46,50
08	I	89.54.1	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP		44,95	41,35	38,20
08	I	89.54.2	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI		37,70	34,70	32,05
08	I	89.54.3	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE		22,75	20,95	19,35
08	I	89.54.4	ECG TRANSESOFAGEO		76,95	70,80	65,40
08	I H	89.54.5	ECG TRANSESOFAGEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO		142,55	131,15	121,20

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
08		89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		21,90	20,15	18,65	
08		89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		32,85	30,25	27,95	
08		89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		21,90	20,15	18,65	
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)		21,90	20,15	18,65	
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)		32,85	30,25	27,95	
08		89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		24,35	22,40	20,70	
08		89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		21,90	20,15	18,65	
08		89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		21,90	20,15	18,65	
08	*	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -	Tilting test - con o senza prove farmacologiche	90,40	83,20	76,85	
08	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	L'esame deve comprendere il monitoraggio pressorio ed il giudizio medico relativo	48,65	44,75	41,35	
08		89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		54,70	50,35	46,50	
08	*	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	30,00	30,00	30,00	
08		99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		11,85	10,90	10,10	
09		0	CHIRURGIA GENERALE					
09		06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		65,00	59,80	55,25	
09		06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		62,05	57,10	52,75	
09	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	65,00	59,80	55,25	
09	H	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -		96,05	88,40	81,65	
09	H	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile		184,65	169,90	156,95	
09	H	34.91	TORACENTESI -		132,95	122,35	113,00	
09	H	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		236,35	217,45	200,90	
09	P, HS, I	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI		911,00	838,12	774,35	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
			EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORRELATI (VISITE, MEDICAZIONI, ASPORTAZIONE SUTURE, ECC.)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)</p> <p>HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>			
09	H	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		200,00	184,00	170,00
09	H	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		250,00	230,00	212,50
09		41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -		49,85	45,90	42,40
09	H	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale		49,85	45,90	42,40
09		49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE -		49,85	45,90	42,40
09		49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)		49,85	45,90	42,40
09		49.11	FISTULOTOMIA ANALE - Extrastinterica		49,85	45,90	42,40
09		49.23	BIOPSIA DELL' ANO -		34,00	31,30	28,90
09		49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica		59,85	55,10	50,90
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)		59,85	55,10	50,90
09		49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI -		23,65	21,75	20,10
09		49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI -		59,85	55,10	50,90
09		49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI - Emorroidectomia NAS		59,85	55,10	50,90
09		49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE -		59,85	55,10	50,90
09		49.59	SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna)		59,85	55,10	50,90
09	H	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato		110,80	101,95	94,20
09	H	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		200,00	184,00	170,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
09	H	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		250,00	230,00	212,50
09		54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -		29,95	27,55	25,45
09	H	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)		88,65	81,55	75,35
09		54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)		49,85	45,90	42,40
09	H	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		225,00	207,00	191,25
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)		47,90	44,10	40,75
09		83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)		47,90	44,10	40,75
09		83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI		65,00	59,80	55,25
09		83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano		47,90	44,10	40,75
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)		10,00	9,20	8,50
09		85.0	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi		42,55	39,15	36,20
09		85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA -		35,45	32,65	30,15
09		85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		65,00	59,80	55,25
09		85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS - Incisione di accesso mammario		42,55	39,15	36,20
09		85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA - Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)		42,55	39,15	36,20

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
09	*	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	75,00	69,00	63,75
09		86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma		11,10	10,25	9,45
09		86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -		22,20	20,45	18,90
09		86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione		37,70	34,70	32,05
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)		53,20	48,95	45,25
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)		53,20	48,95	45,25
09		86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		19,95	18,35	16,95
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 (matrice ungueale) (plica) (86.27), sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione(86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)		24,40	22,45	20,75
09		86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE -		36,60	33,70	31,15
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)		24,40	22,45	20,75
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)		12,05	11,10	10,25
09	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		36,59	33,66	31,10
09		86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -		32,50	29,90	27,65
09		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
09		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
09		96.22	DILATAZIONE DEL RETTO -		11,20	10,30	9,55
09		96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -		11,20	10,30	9,55
09		96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE -		13,40	12,35	11,40
09		96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA -		13,40	12,35	11,40
09		98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -		11,60	10,70	9,90
09		98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS -		8,95	8,25	7,60
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		8,95	8,25	7,60
09		98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
09		98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
09		98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
09		98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
09		98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
12		0	CHIRURGIA PLASTICA				
12	P, HS I	4.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	620,00	570,40	527,00
				HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).			
12		86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -		12,95	11,95	11,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
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 (matrice ungueale) (plica) (86.27), sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione (86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)		24,40	22,45	20,75
12		86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		10,30	9,50	8,75
12		86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		24,40	22,45	20,75
12	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		36,59	33,66	31,10
12		86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti		40,65	37,40	34,55
12		86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO -		40,65	37,40	34,55
12		86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)		12,05	11,10	10,25
12		86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO -		16,25	14,95	13,85
12	H	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina		295,45	271,85	251,15
12	H	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		369,30	339,75	313,90
12	I H	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	La prestazione è assicurata esclusivamente ai pazienti che hanno effettuato il percorso plurispecialistico previsto dai protocollo in uso presso due centri clinici di malattie infettive, uno presso l'AO S. Croce e Carle di Cuneo e l'altro presso l'Ospedale Amedeo di Savoia dell'ASL TO2 di Torino, ai quali è stata affidata la funzione garante del percorso (DD n. 263 del 30.07.2007).	90,00	82,80	76,50
12	H	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo		295,45	271,85	251,15
12	H	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI - Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo		443,15	407,70	376,70
12	H	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -		443,15	407,70	376,70

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
12	H	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita		443,15	407,70	376,70	
12	H	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		590,85	543,60	502,25	
12	H	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)		369,30	339,75	313,90	
12	H	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano		369,30	339,75	313,90	
12		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00	
12		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00	
12		93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI -		11,20	10,30	9,55	
14		0	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA					
14		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		84,80	78,05	72,10	
14		38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)		84,80	78,05	72,10	
14	H	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali		299,15	275,25	254,30	
14	H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		44,35	40,80	37,70	
14	P, HS, I	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORRELATI (VISITE, MEDICAZIONI, ASPORTAZIONE SUTURE, ECC.)	<u>P:</u> La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, <u>HS</u> L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).	911,00	838,12	774,35	
14		88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		54,10	49,80	46,00	
14		88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -		57,75	53,15	49,10	
14		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		51,65	47,55	43,90	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
14		88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		12,80	11,80	10,90
14		88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		29,20	26,90	24,85
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		51,65	47,55	43,90
14		88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -		27,35	25,20	23,25
14		89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		21,90	20,15	18,65
14		89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		32,85	30,25	27,95
14		89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		21,90	20,15	18,65
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)		21,90	20,15	18,65
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)		32,85	30,25	27,95
14		89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		24,35	22,40	20,70
14		89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico		21,90	20,15	18,65
14		89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		21,90	20,15	18,65
14		89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -		54,70	50,35	46,50
14		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
14		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
14		99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		11,85	10,90	10,10
19		0	ENDOCRINOLOGIA				
19		06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide		62,05	57,10	52,75
19	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	65,00	59,80	55,25

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
19	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	33,45	30,80	28,45	
19		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00	
19		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00	
29		0	NEFROLOGIA					
29	H	38.95	CATERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio		297,00	273,25	252,45	
29	H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO		178,20	163,95	151,50	
29	R	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	148,50	136,65	126,25	
29		39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE		118,80	109,30	101,00	
29	H *	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	190,10	174,90	161,60	
29	H *	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD	267,30	245,95	227,20	
29	R *	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD ; con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	237,60	218,60	202,00	
29	R H *	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili.	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori	297,00	273,25	252,45	
29	H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE		297,00	273,25	252,45	
29	H *	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	Codice da utilizzare per l'emodialisi sequenziale di durata superiore o uguale a 300 minuti	237,60	218,60	202,00	
29	I R *	39.95.A	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI ad assistenza limitata	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	172,25	158,50	146,45	
29	I R *	39.95.B	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI in assistenza domiciliare	Per membrane molto biocompatibili debbono intendersi quelle correlate ad un minor rischio di mortalita' quali le cellulose modificate e le membrane sintetiche; sono da escludersi quindi le cellulose non sostituite come cuprophan, cuprammonium rayon, cellulosa saponificata.	136,65	125,75	116,15	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
29	I R *	39.95.C	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	Tariffa da utilizzare per AFB-PFD con sistemi a sensori. Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30	245,95	227,20
29	I R	39.95.D	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	Con presenza del medico codificare anche la prestazione 89.01	267,30	245,95	227,20
29	R H	39.99.1	VALUTAZIONE FLUSSO ARTEROVENOSO MAX 1 MESE		20,10	18,50	17,10
29	R H	54.93	INSERZIONE DI CATETERE PERITONEALE		120,30	110,70	102,25
29	R *	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	63,00	58,00	53,55
29	R H *	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	Tariffa per intero trattamento peritoneale giornaliero a bassi flussi inferiore a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche.	53,50	49,25	45,50
29	I R *	54.98.3	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, APD	Per intero trattamento giornaliero automatizzato ad elevati flussi maggiori o uguali a 15 litri di scambio; sono inclusi nella tariffa i farmaci introdotti nelle sacche	83,15	76,50	70,70
29	I R H *	54.98.4	DIALISI PERITONEALE AD ALTA ASSISTENZA E/O ADDESTRAMENTO	Per singolo trattamento peritoneale ad elevati flussi di scambio.	178,20	163,95	151,50
29	I R	54.98.5	DIALISI PERITONEALE	prestazione da utilizzare in aggiunta in caso di utilizzo di soluzioni alternative al glucosio (1 al giorno)	6,00	6,00	6,00
29		88.74.5	ECO(COLOR) DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		44,00	40,50	37,40
29	I R H *	88.74.6	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	Subordinata a consegna referto scritto e ad autorizzazione direzione sanitaria	38,40	35,35	32,65
29	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima.	Non riferibile all'inizio o alla fine del singolo trattamento dialitico in quanto gia' tariffata nella stesura del piano di trattamento. Tariffa applicabile in caso di visita nell'intervallo interdialisi di cui si stende il referto scritto.	20,00	20,00	20,00
29	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale	Tale codifica deve essere utilizzata per: Stesura del piano per ogni trattamento ospedaliero, sia di emodialisi che di dialisi peritoneale e in fase di addestramento domiciliare; Stesura del piano, ogni settimana per la dialisi ad assistenza limitata; Stesura del piano, una volta al mese, per l'emodialisi domiciliare e la CAPD; Stesura del piano per ogni trattamento in assistenza limitata con presenza del medico.	40,00	40,00	40,00
29	*	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	Tariffa complessiva di Holter e giudizio medico	48,65	44,75	41,35
29	R H *	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita.	Non riferita al singolo trattamento; tariffa applicabile alla visita periodica mensile o bimestrale rivolta ai pazienti in dialisi riportata in referto scritto documentato	30,00	30,00	30,00
29	R H *	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	Tariffa totale applicabile per apertura e chiusura catetere vascolare venoso centrale per emodialisi, inizio e fine trattamento.	20,95	19,30	17,80
29	H	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.		20,95	19,30	17,80

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
29	H	97.82	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE		13,15	12,10	11,20
29	*	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	13,15	12,10	11,20
29		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		15,70	14,45	13,35
29	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		516,50	475,20	439,05
29	HR	89.07	CONSULTO DEFINITO COMPLESSO	Prestazione da codificare in presenza della seguente casistica: - inserimento paziente con compromissione renale avanzata in dialisi -	53,50	49,25	45,50
29	HR	89.07		Inserimento paziente in lista trapianto per max 5 volte (una al mese) - Mantenimento in lista trapianto (1 volta all'anno).			
30		0	NEUROCHIRURGIA				
30	H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento		147,75	135,95	125,60
30	H	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)		147,75	135,95	125,60
30		04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -		73,15	67,30	62,20
30	H	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		110,80	101,95	94,20
30	H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		184,65	169,90	156,95
30		99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA -		11,60	10,70	9,90
30	P, HS I	4.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	620,00	570,40	527,00
				HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).			
30		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
30		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
32		0	NEUROLOGIA				
32		88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		36,80	33,85	31,30
32		88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica		54,10	49,80	46,00
32		88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -		57,75	53,15	49,10
32		89.13	VISITA NEUROLOGICA -		30,00	30,00	30,00
32		89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)		26,75	24,65	22,75
32		89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		40,10	36,90	34,10
32		89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO		40,10	36,90	34,10
32		89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore -		53,50	49,25	45,50
32		89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore -		40,10	36,90	34,10
32		89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		40,10	36,90	34,10
32		89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI		26,75	24,65	22,75
32		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		56,15	51,65	47,75
32		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG		40,10	36,90	34,10
32		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO- SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		40,10	36,90	34,10
32		89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica		64,15	59,05	54,55
32		89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		53,50	49,25	45,50
32		89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		53,50	49,25	45,50
32		89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		48,15	44,30	40,95
32		89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		106,95	98,40	90,90
32		89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		160,40	147,60	136,35
32		89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -		160,40	147,60	136,35
32		89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		160,40	147,60	136,35

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
32		89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		32,10	29,55	27,30
32		89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		58,80	54,10	50,00
32		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
32		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
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)		8,95	8,25	7,60
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		8,95	8,25	7,60
32		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)		11,90	10,95	10,15
32		93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre		11,90	10,95	10,15
32		93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago		11,90	10,95	10,15
32		93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		15,45	14,25	13,15
32	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	11,90	10,95	10,15
32	*	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	11,90	10,95	10,15
32		93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE - Incluso: EMG		11,90	10,95	10,15
32		93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		11,90	10,95	10,15
32		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		11,90	10,95	10,15
32		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		11,90	10,95	10,15
32		93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		10,05	9,25	8,55

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
32		93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)		9,70	8,95	8,25	
32		93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)		2,40	2,20	2,05	
32		94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		17,85	16,45	15,20	
32		94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		6,75	6,25	5,75	
32		94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		6,75	6,25	5,75	
32		94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		6,75	6,25	5,75	
32		94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		6,75	6,25	5,75	
32		94.08.4	ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)		31,20	28,70	26,55	
32		99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -		11,20	10,30	9,55	
33		0	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE					
33		89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)		26,75	24,65	22,75	
33		89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		40,10	36,90	34,10	
33		89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO		40,10	36,90	34,10	
33		89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore		53,50	49,25	45,50	
33		89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore		40,10	36,90	34,10	
33		89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio		40,10	36,90	34,10	
33		89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI		26,75	24,65	22,75	
33		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		56,15	51,65	47,75	
33		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG		40,10	36,90	34,10	
33		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO- SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		40,10	36,90	34,10	
33		89.15.6	POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)		53,50	49,25	45,50	
33		89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia		48,15	44,30	40,95	
33		89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico		106,95	98,40	90,90	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
33		89.17	POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali		160,40	147,60	136,35
33		89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -		160,40	147,60	136,35
33		89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -		32,10	29,55	27,30
33		89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE		58,80	54,10	50,00
33	*	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	Colloquio con i genitori per la raccolta dell'anamnesi. Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria. Prescrizione esami terapie. Breve relazione per il curante. Compilazione cartella clinica. Durata 60'.	30,00	30,00	30,00
33	A *	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità. (comprende anche i tests somministrati)	30,00	27,60	25,50
33	I	93.01.A	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA		30,00	27,60	25,50
33	I *	93.01.B	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	Prestazione effettuata da medico + terapista in pazienti con esiti di lesione delle SNC e SNP con conseguente importante disabilità.	30,00	27,60	25,50
33	I *	93.03.1	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA	Valutazione delle competenze neuropsicomotorie, utili alla programmazione e organizzazione dell'atto motorio. Valutazione delle prassi e dei disturbi psicomotori in esiti di prematuranza-immaturanza, nelle patologie disgenetiche e ad eziologia non definite	30,00	27,60	25,50
33	I *	93.03.2	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA	Ricerca-individuazione e valutazione di ortesi, protesi e ausili per l'autonomia in pazienti con patologia complessa del S.N.C. periferico.	30,00	27,60	25,50
33	A *	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI - SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica)- Valutazione lesioni degenerative del S.N.C.- Valutazione neuromuscolari (età evolutiva o adulta)- Valutazione lesioni S.N.P.- Valutazione lesioni complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare. - Valutazione dismorfismi rachide - Valutazione lesioni da ustione - Valutazione disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche).	24,00	22,10	20,40
33		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)		11,90	10,95	10,15
33	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	11,90	10,95	10,15
33	*	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	11,90	10,95	10,15
33		93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG		11,90	10,95	10,15

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
33		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		11,90	10,95	10,15
33		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		11,90	10,95	10,15
33	A*	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Trattamento lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta e geriatrica)- trattamento lesioni degenerative del S.N.C. -trattamento lesioni neuro-muscolari (età evolutiva, adulta) trattamento lesioni S.N.P.- trattamento lesioni complesse o plurime dell'apparato osteo-articolare -trattamento dismorfismi rachide -trattamento lesioni da ustioni - trattamento disfunzioni Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche).Comprende stimolazioni strumentali e bendaggio funzionale. Comprende anche la terapia occupazionale. <u>Seduta individuale di 60 minuti .</u>	46,00	42,30	39,10
33	A *	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Trattamento dei disturbi della deglutizione con o senza ausili - trattamento dei disturbi fonoarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili. <u>Seduta individuale di 45 minuti</u>	33,00	30,35	28,05
33	A *	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Trattamento dell'afasia; Trattamento della sordità; Trattamento della dislessia; Trattamento della balbuzie; Trattamento della disartria con o senza ausili. <u>Seduta individuale di 60 minuti</u>	46,00	42,30	39,10
33	A *	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi comunicativi. Per una maggiore efficacia del trattamento la rieducazione deve attuarsi attraverso sedute collettive di 45 minuti, condotte da due operatori (terpista/psicologo).	7,00	6,45	5,95
33	A *	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio- sensitivo o comunicativo, condotto da due operatori (terapista/psicologo).	7,00	6,45	5,95
33	I *	93.72.7	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	Trattamento collettivo (max 3 pazienti) per attività per attività neuropsicomotorie in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	7,00	6,45	5,95
33	I *	93.72.8	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	Trattamento abilitativo in soggetto con ritardo essenziale delle acquisizioni psicomotorie, con ritardo di sviluppo secondario, con disprassia, disgrafia, comprende massaggio.	22,00	20,25	18,70
33	I	93.72.9	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE		22,00	20,25	18,70
33	A *	94.02.3	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)	Valutazione dei processi e delle strutture cognitive mediante osservazione e somministrazione di Test di Intelligenza e somministrazione di Test neuropsicologici per le specifiche funzioni.	30,00	27,60	25,50
33	A *	94.08.7	VALUTAZIONE PSICO- DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)	Osservazione libera, con materiale ludico. Colloquio. Somministrazione di test proiettivi mirati alla comprensione dell'assetto emotico- relazionale del paziente. Durata 45'.	30,00	27,60	25,50
33		94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO		22,30	20,55	18,95

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
33	I*	94.09.1	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA	1° colloquio psicologico con genitori per raccolta anamnesi ed inquadramento psicopatologico.	22,30	20,55	18,95	
33	I	94.09.2	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO		22,30	20,55	18,95	
33	I	94.09.4	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO		22,30	20,55	18,95	
33	*	94.12.1	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	Esame obiettivo, valutazione e osservazione neuropsicomotoria di controllo successiva alla diagnosi. Valutazione dell'efficacia terapeutica e degli esami strumentali.	20,00	20,00	20,00	
33		94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO		22,30	20,55	18,95	
33		94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		22,30	20,55	18,95	
33		94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		26,75	24,65	22,75	
33	I*	94.42.1	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)	Psicoterapia congiunta (genitori, genitori-bambino) mirata alla comprensione e cura della patologia relazionale precoce dei bambini. Per seduta.	26,75	24,65	22,75	
33	*	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Si intende psicoterapia strutturata di gruppo.	11,20	10,30	9,55	
33		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		26,75	24,65	22,75	
34		0	OCULISTICA					
34		08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di accesso palpebrale		19,50	17,95	16,60	
34		08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA -		19,50	17,95	16,60	
34		08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron		19,50	17,95	16,60	
34		08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA -		19,50	17,95	16,60	
34		08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -		39,00	35,90	33,15	
34		08.22	ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali		20,00	18,40	17,00	
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		39,00	35,90	33,15	
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		65,00	59,80	55,25	
34		08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi		48,75	44,85	41,45	
34		08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -		58,50	53,85	49,75	
34		08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -		58,50	53,85	49,75	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -		97,50	89,70	82,90
34	H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo		221,60	203,90	188,40
34		08.52	BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia		58,50	53,85	49,75
34	H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)		443,15	407,70	376,70
34		08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		48,75	44,85	41,45
34		08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		48,75	44,85	41,45
34		08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		48,75	44,85	41,45
34		08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		97,50	89,70	82,90
34		08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		32,50	29,90	27,65
34		08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		32,50	29,90	27,65
34		08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -		19,50	17,95	16,60
34		09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)		48,75	44,85	41,45
34		09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -		81,25	74,75	69,10
34		09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -		58,50	53,85	49,75
34		09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale		58,50	53,85	49,75
34		09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)		81,25	74,75	69,10
34		09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		5,00	4,60	4,25
34		09.42	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE E DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		22,80	20,95	19,40
34		09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		81,25	74,75	69,10
34		09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		48,75	44,85	41,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		48,75	44,85	41,45
34		09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -		48,75	44,85	41,45
34		09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS		48,75	44,85	41,45
34	H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)		369,30	339,75	313,90
34		09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -		81,25	74,75	69,10
34	H	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -		295,45	271,80	251,10
34		10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -		22,80	20,95	19,40
34		10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)		39,00	35,90	33,15
34		10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)		39,00	35,90	33,15
34		10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma		39,00	35,90	33,15
34		10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		130,00	119,60	110,50
34		10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -		65,00	59,80	55,25
34		10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -		16,25	14,95	13,80
34		11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		81,25	74,75	69,10
34		11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		130,00	119,60	110,50
34		11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -		81,25	74,75	69,10
34		11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -		32,50	29,90	27,65
34		11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA -		40,65	37,40	34,55
34	I	11.43.A	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)		40,00	36,80	34,00
34		11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME -		413,60	380,50	351,55
34		11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA -		48,75	44,85	41,45
34		11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DI LENTE A CONTATTO -		22,80	20,95	19,40
34	*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controind	464,85	427,65	395,10
34	*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	464,85	427,65	395,10

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34	I *	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controind	619,75	570,20	526,80
34		12.14	IRIDOTOMIA/IRIDOCLASIA mediante laser		130,00	119,60	110,50
34		12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -		162,50	149,50	138,10
34		12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser		130,00	119,60	110,50
34		12.72	CICLOCRIOTERAPIA -		130,00	119,60	110,50
34		12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE -		130,00	119,60	110,50
34		12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore		39,00	35,90	33,15
34	P, HS I	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORI E I CONTROLLI POSTOPERATORI	NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.) HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).	900,00*	828,00	765,00
					*per le strutture che erogano attività di day surgery di tipo C la tariffa rimane quella attualmente riconosciuta per l'attività di ricovero diurno alla data del 31.12.2008.		
34	P, HS I	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)	NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco, anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e Prove Angiografiche. HS : L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.)	480,00	440,16	408,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34	P, HS I	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (NON E' COMPRESO IL FARMACO)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco (rimborso con procedura FILE F), anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e Prove Angiografiche.</p> <p>HS : L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery</p> <p>a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.)</p>	385,00	353,04	327,25
34		13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)		113,75	104,65	96,70
34		14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOterapia -		81,25	74,75	69,10
34	I H R *	14.29.1	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	La prestazione è erogabile solo in pazienti con degenerazione maculare senile e da miopia patologica, le cui lesioni sono in prevalenza rappresentate da casi di neovascolarizzazione coroidale subfoveale prevalentemente classica. Non può essere ripetuta p	1.500,00	1.380,00	1.275,00
34		14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -		81,25	74,75	69,10
34		14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOterapia -		81,25	74,75	69,10
34		14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -		81,25	74,75	69,10
34		14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -		81,25	74,75	69,10
34	I	14.34.A	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO		70,00	64,40	59,50
34		14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA -		39,00	35,90	33,15
34		16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA -		65,00	59,80	55,25
34	H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare		51,70	47,55	43,95
34		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
34	*	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA -	In caso di ipovedente la visita comprende la ricerca approfondita dei disturbi neurovisivi con l'esame dell'oculomotricità, della percezione spaziale, la valutazione della sensibilità al contasto.	15,00	13,80	12,75

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
34		95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		15,30	14,10	13,00
34	*	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	visita oculistica comprendente esame visus, refrazione con eventuale prescrizione lenti, tonometria, biomicroscopia, fundus oculi .	30,00	27,60	25,50
34		95.03.1	TOPOGRAFIA CORNEALE -		30,00	27,60	25,50
34	I	95.03.3	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT)		53,50	49,20	45,50
34		95.05	ESAME DEL CAMPO VISIVO - perimetria computerizzata, perimetria manuale		25,00	23,00	21,25
34	I	95.05.A	MICROPERIMETRIA		40,00	36,80	34,00
34		95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica		8,95	8,20	7,60
34		95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -		8,95	8,20	7,60
34		95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -		8,95	8,20	7,60
34		95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI -		8,95	8,20	7,60
34		95.09.2	ESOFALMOMETRIA -		8,95	8,20	7,60
34		95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA -		8,95	8,20	7,60
34	I	95.09.4	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)		53,50	49,20	45,50
34		95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS -	la prestazione comprende anche l'eventuale metodica utilizzata per lo screening della retinopatia diabetica.	10,00	9,20	8,50
34		95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -		4,50	4,15	3,85
34	*	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	53,50	49,20	45,50
34	I	95.12.1	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	La prestazione include anche il mezzo di contrasto utilizzato.	53,50	49,20	46,50
34		95.13	ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria		22,30	20,50	18,95
34		95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE -		30,00	27,60	25,50
34		95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali		25,00	23,00	21,25
34		95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -		17,85	16,40	15,20
34		95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)		8,95	8,25	7,60
34		95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN) -		38,65	35,55	32,85
34		95.22	ELETTROOCULOGRAMMA (EOG) -		38,65	35,55	32,85
34		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		26,75	24,65	22,75
34		95.23.1	INTERFEROMETRIA -		8,95	8,25	7,60
34		95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -		35,65	32,80	30,30
34		95.26	TONOMETRIA, TONOGRAMMA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -		8,95	8,25	7,60

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
34		95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	codice da utilizzare anche per singola seduta di riabilitazione neurovisiva, da intendersi quale riabilitazione visuo-spaziale, riorganizzazione dei movimenti oculari fini, rieducazione per le agnosie visive in età evolutiva e adulta. Ogni ciclo di esercizi	6,25	5,75	5,30	
34		96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		4,50	4,15	3,85	
34		98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		8,95	8,20	7,60	
35		0	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE					
35		22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale		41,40	38,10	35,20	
35		23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia		16,65	15,35	14,15	
35		23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia		23,30	21,45	19,80	
35		23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia		23,30	21,45	19,80	
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		43,25	39,80	36,80	
35		23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		26,60	24,50	22,65	
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		49,85	45,90	42,40	
35		23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO - Ricostruzione di dente fratturato		49,85	45,90	42,40	
35	*	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	44,95	41,35	38,20	
35	*	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA - Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina - o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	44,95	41,35	38,20	
35	*	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana - o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	55,40	51,00	47,10	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
35	*	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina - con perno moncone in lega aurea	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	63,15	58,10	53,70
35	*	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO - Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana - con perno moncone in lega aurea	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	63,15	58,10	53,70
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 endoossei - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	99,70	91,75	84,75
35	*	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	184,65	169,90	156,95
35	*	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale - [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] - (Per arcata) - Incluso: Eventuali attacchi di precisione	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	116,35	107,05	98,90
35	*	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa - (Per elemento)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	23,30	21,45	19,80
35		23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA - Molaggio selettivo dei denti - (Per seduta)		23,30	21,45	19,80
35		23.5	IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi		16,65	15,35	14,15
35	*	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endoosseo	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	116,35	107,05	98,90
35		23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		49,85	45,90	42,40
35		23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		76,45	70,35	65,00
35		23.73	APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda		63,15	58,10	53,70
35		24.00.1	GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o pedunculato		39,90	36,70	33,95
35		24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA -		19,95	18,35	16,95
35		24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO -		19,95	18,35	16,95
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)		83,10	76,45	70,65

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
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)		39,90	36,70	33,95
35		24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto - (Per sestante)		33,25	30,60	28,30
35		24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)		29,95	27,55	25,45
35		24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogenica		63,15	58,10	53,70
35	*	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	166,20	152,90	141,30
35	*	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	166,20	152,90	141,30
35	*	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	166,20	152,90	141,30
35	*	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	38,30	35,25	32,55
35		25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA		27,95	25,75	23,75
35		25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)		21,00	19,35	17,85
35		25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)		21,00	19,35	17,85
35		26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare		27,95	25,75	23,75
35		26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -		21,00	19,35	17,85
35		26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -		21,00	19,35	17,85
35		27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -		19,95	18,35	16,95
35		27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -		19,95	18,35	16,95
35		27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -		19,95	18,35	16,95
35		27.41	FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)		21,00	19,35	17,85
35		27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA - Asportazione neoformazioni del cavo orale		27,95	25,75	23,75
35		27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -		27,95	25,75	23,75
35		27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA -		27,95	25,75	23,75
35		27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)		21,00	19,35	17,85

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
35		76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia		31,05	28,60	26,40
35	H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare		140,35	129,15	119,30
35		76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti		27,95	25,75	23,75
35		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
35		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
35		96.54.1	ABLAZIONE TARTARO -		11,20	10,30	9,55
35		96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -		4,50	4,15	3,85
35		96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta		6,75	6,25	5,75
35		97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico		7,45	6,85	6,35
35		98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -		9,70	8,95	8,25
35		99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -		15,45	14,25	13,15
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	La tariffa si riferisce al solo trattamento, mentre il costo delle protesi e' a carico dell'assistito.	15,45	14,25	13,15
36		0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
36	P, HS, I	4.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	NOTA: <u>P</u> : La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.) <u>HS</u> L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).	620,00	570,40	527,00
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)		73,15	67,30	62,20
36		76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		39,90	36,70	33,95

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
36		76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		39,90	36,70	33,95
36		78.7	OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale		27,95	25,75	23,75
36	H	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -		73,90	68,00	62,85
36	H	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		73,90	68,00	62,85
36	H	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS		73,90	68,00	62,85
36	H	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS		73,90	68,00	62,85
36	H	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -		59,10	54,40	50,25
36	H	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS		73,90	68,00	62,85
36	H	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -		73,90	68,00	62,85
36	H	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -		51,70	47,60	43,95
36	H	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA -		51,70	47,60	43,95
36	H	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -		51,70	47,60	43,95
36	H	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -		51,70	47,60	43,95
36	H	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -		51,70	47,60	43,95
36		80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa		59,85	55,10	50,90
36		81.91	ARTROCENTESI - Aspirazione articolare - Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), - artrografia (88.32)		39,90	36,70	33,95
36	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	27,90	25,70	23,75
36		83.02	MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea		27,95	25,75	23,75
36		83.03	BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa		39,90	36,70	33,95
36		88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		38,30	35,25	32,55
36		88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		33,45	30,80	28,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
36		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
36		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
36	*	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Indipendentemente dal numero dei segmenti trattati	20,00	18,40	17,00
36		93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito		8,35	7,70	7,10
36		93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla		13,10	12,05	11,15
36		93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)		35,65	32,80	30,30
36		93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo		35,65	32,80	30,30
36		93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato		35,65	32,80	30,30
36		93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano - Gamba e piede		8,95	8,25	7,60
36		93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -		15,65	14,40	13,30
36		93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -		29,00	26,70	24,65
36		93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMEROMANO, STIVALE -		21,75	20,05	18,50
36		93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -		14,50	13,35	12,35
36		93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -		26,15	24,05	22,25
36		93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -		13,40	12,35	11,40
36		93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer		6,75	6,25	5,75
36		93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		4,50	4,15	3,85
36		93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -		29,00	26,70	24,65
36		93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -		24,55	22,60	20,90
36		93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO -		8,95	8,25	7,60
36		93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -		15,65	14,40	13,30
36		93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ -		24,55	22,60	20,90
36		93.56.7	ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar		20,10	18,50	17,10
36		97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati		11,20	10,30	9,55

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
36		97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca		11,20	10,30	9,55
36		99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -		8,95	8,25	7,60
37		0	OSTETRICIA E GINECOLOGIA				
37	H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -		125,60	115,55	106,80
37	RH I	65.11.1	Agoaspirazione ecoguidata dei folicoli (Prelievo oociti) - Comprensiva di valutazione oocitaria	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli).	400,00	368,00	340,00
37	H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco- guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)		60,30	55,50	51,25
37		66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)		31,05	28,60	26,40
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		35,45	32,65	30,15
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		39,00	35,90	33,15
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		53,20	48,95	45,25
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		53,20	48,95	45,25
37		68.12.1	ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		31,05	28,60	26,40
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		42,55	39,15	36,20
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		66,50	61,20	56,55
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		18,50	17,05	15,75

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	R H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	Prestazione da erogarsi nel rispetto delle condizioni dettate dalla D.G.R. n. 7-12382 del 26/10/2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 45 anni compiuti; b) fino ad un massimo di 6 cicli completi.	110,80	101,95	94,20
37	H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -		18,50	17,05	15,75
37	R H	69.92.2	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	Prestazione da utilizzare per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita e per ogni singola prestazione di valutazione ormonale e terapia farmacologica successiva.	25,00	23,00	21,25
37	R H I	69.92.3	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di oociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi	600,00	552,00	510,00
37	R H I	69.92.4	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00
37	R H I	69.92.5	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo biotico di tessuto testicolare)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00	184,00	170,00
37	R H I	69.92.6	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	Prestazione da erogarsi per trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita nel rispetto delle condizioni dettate dalla DGR n° 7-12382 del 26 ottobre 2009 e precisamente: a) quando l'età della partner femminile sia minore di 43 anni compiuti; b) le prestazioni possono essere ripetute, in caso di ciclo completo senza successo, fino a due volte (totale tre cicli) in caso di applicazione di tecniche a fresco; in caso di applicazione di tecniche di crioconservazione di embrioni/ociti/tessuto ovarico fino ad esaurimento degli stessi.	200,00	184,00	170,00
37	R I	69.92.7	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00
37	R I	69.92.8	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	200,00	184,00	170,00
37		70.11.1	IMENOTOMIA - Per ematocolpo		35,45	32,65	30,15
37		70.21	COLPOSCOPIA		15,40	14,20	13,10
37		70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa		28,40	26,15	24,15
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPIA -		35,45	32,65	30,15

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		42,55	39,15	36,20
37		71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -		28,40	26,15	24,15
37		71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -		35,45	32,65	30,15
37		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		28,40	26,15	24,15
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		42,55	39,15	36,20
37	H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -		125,60	115,55	106,80
37	H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE -		110,80	101,95	94,20
37	H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA -		88,65	81,55	75,35
37	H	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -		125,60	115,55	106,80
37		75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT		23,50	21,65	20,00
37	H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico		44,35	40,80	37,70
37	R	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -		134,80	124,05	114,60
37		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		19,80	18,25	16,85
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		34,10	31,40	29,00
37	I	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		31,00	28,52	27,35
37		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		25,30	23,30	21,50
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		34,10	31,40	29,00
37	I*	88.78.3	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza.	34,10	31,40	29,00
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico		30,00	30,00	30,00
37		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
37	I*	89.01.1	BILANCIO DI SALUTE - Valutazione periodica in gravidanza	Valutazione periodica in gravidanza, secondo il calendario previsto dalla Regione.	20,00	18,40	17,00
37	I*	93.03.3	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	Sostegno alla donna in allattamento e nella valutazione, secondo i criteri OMS, di: anamnesi mirata, condizioni del seno, presa del seno; posizione mamma e bambino, deglutizione, accrescimento. Può essere eseguito da: ostetrica, pediatra; infermiera pedia	15,00	13,80	12,75
37		93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo		140,95	129,70	119,80

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
37	I*	93.37.1	TRAINING POSTNATALE	Ciclo di 5 incontri di 2 ore ciascuno con supporto alla genitorialità e training di massaggio infantile. Può essere eseguito da: ostetrica, infermiera pediatrica, puericultrice, possibilmente con formazione AIMI.	140,95	129,70	119,80
37		96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -		11,20	10,30	9,55
37		96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -		11,20	10,30	9,55
37		97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO -		11,20	10,30	9,55
37		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		27,05	24,90	23,00
37		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		11,60	10,70	9,90
37		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
38		0	OTORINOLARINGOIATRIA				
38		18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)		16,25	14,95	13,85
38		18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO -		18,35	16,90	15,60
38		18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - CauterizzazioneCoagulazioneCriochirurgiaCurettaggioElettrocoagulazioneEnucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti.- Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52)		20,35	18,75	17,30
38		20.0	MIRINGOTOMIA -		28,45	26,20	24,20
38		20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA -		77,55	71,35	65,95
38		20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -		31,05	28,60	26,40
38		20.39.1	OTOEMMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -		12,95	11,95	11,00
38		20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione		18,10	16,65	15,40
38		21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE -		18,10	16,65	15,40
38	H	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) -		33,25	30,60	28,30
38		21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa)		23,30	21,45	19,80
38		21.22	BIOPSIA DEL NASO -		31,05	28,60	26,40

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
38		21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -		31,05	28,60	26,40
38		21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione		31,05	28,60	26,40
38		21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale		31,05	28,60	26,40
38		22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica		31,05	28,60	26,40
38		27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -		14,00	12,90	11,90
38		28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -		27,95	25,75	23,75
38		29.12	BIOPSIA FARINGEA -		27,95	25,75	23,75
38		31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche		38,80	35,70	33,00
38		31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA - Incluso: Anestesia		10,00	9,20	8,50
38		31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA -		29,95	27,55	25,45
38		31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia		34,95	32,15	29,70
38		31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -		18,50	17,05	15,75
38		31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO -		32,45	29,85	27,60
38		89.11	TONOMETRIA -		16,05	14,80	13,65
38		89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria		16,05	14,80	13,65
38		89.39.4	GUSTOMETRIA -		10,70	9,85	9,10
38		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
38		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
38		89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA -		8,60	7,95	7,35
38		93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)		10,05	9,25	8,55
38		93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		1,80	1,65	1,55
38		95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE -		21,00	19,35	17,85
38		95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO -		29,90	27,50	25,45
38		95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE -		11,25	10,35	9,60
38		95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE -		11,25	10,35	9,60
38		95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA -		23,80	21,90	20,25
38		95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE -		13,75	12,65	11,70
38		95.42	IMPEDENZOMETRIA -		10,00	9,20	8,50
38		95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA - Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi - feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber		29,15	26,85	24,80

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
38		95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche		18,75	17,25	15,95
38		95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei		18,75	17,25	15,95
38		95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico		37,45	34,45	31,85
38		95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari		18,75	17,25	15,95
38		95.47	ESAME DELL' UDITO NAS -		14,85	13,70	12,65
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		13,75	12,65	11,70
38		95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO -		11,25	10,35	9,60
38		95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU -		14,15	13,05	12,05
38		95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTROAL PROMONTORIO -		27,30	25,15	23,20
38		95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -		22,45	20,65	19,10
38		96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume		8,95	8,25	7,60
38		98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -		9,70	8,95	8,25
38		98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -		9,70	8,95	8,25
38		98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -		17,40	16,00	14,80
38		98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso laringoscopia		17,40	16,00	14,80
40		0	PSICHIATRIA				
40	*	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -	Per ogni sub test completo	11,20	10,30	9,55
40		94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -		17,85	16,45	15,20
40		94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		6,75	6,25	5,75
40		94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -		6,75	6,25	5,75
40		94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		6,75	6,25	5,75
40		94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		6,75	6,25	5,75
40	*	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -	Per ogni sub test completo	8,95	8,25	7,60

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
40		94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -		6,75	6,25	5,75	
40		94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -		6,75	6,25	5,75	
40		94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO -		22,30	20,55	18,95	
40		94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO		20,00	20,00	20,00	
40		94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO		22,30	20,55	18,95	
40		94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE		22,30	20,55	18,95	
40		94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta		26,75	24,65	22,75	
40	*	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	Si intende psicoterapia strutturata di gruppo.	11,20	10,30	9,55	
43		0	UROLOGIA					
43	H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale		88,65	81,55	75,35	
43	H	56.31	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile		104,00	95,70	88,40	
43		57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, - Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico		39,00	35,90	33,15	
43		57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretoscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata		65,00	59,80	55,25	
43		57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -		81,25	74,75	69,10	
43		57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -		81,25	74,75	69,10	
43		57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO -		81,25	74,75	69,10	
43		57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale		81,25	74,75	69,10	
43		57.94	CATERETERISMO VESCICALE -		13,00	12,00	11,05	
43		58.22	URETOSCOPIA -		39,00	35,90	33,15	
43		58.23	BIOPSIA DELL' URETRA -		55,25	50,85	47,00	
43		58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale		55,25	50,85	47,00	
43	H	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE -		125,60	115,55	106,80	
43	H	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi		55,25	50,85	47,00	
43		58.60.1	DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra - (Seduta unica)		48,75	44,85	41,45	
43		58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta)		14,65	13,50	12,45	
43		58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -		55,25	50,85	47,00	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
43		59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE - Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, - dilatazione dell'orifizio ureterovesicale - Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)		32,50	29,90	27,65
43		60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico		39,00	35,90	33,15
43		60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale		39,00	35,90	33,15
43		60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco- guidata della prostata		150,00	138,00	127,50
43	H	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -		88,65	81,55	75,35
43		60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)		39,00	35,90	33,15
43		61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE - Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)		24,85	22,90	21,15
43		61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale		24,85	22,90	21,15
43		62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -		39,00	35,90	33,15
43	R H I	62.11.1	Agoaspirazione testicolare (TESA)	Prestazione da utilizzare al fine di trattamento di Procreazione Medicalmente Assistita	100,00	92,00	85,00
43		63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO - Manuale - Escluso: quella associata ad orchidopessi		21,30	19,60	18,10
43	H	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -		125,60	115,55	106,80
43	I H	64.01	CIRCONCISIONE		60,00	60,00	60,00
43		64.11	BIOPSIA DEL PENE -		28,40	26,15	24,15
43		64.19.1	BALANOSCOPIA -		8,90	8,20	7,60
43		64.92.1	FRENULOTOMIA -		26,60	24,50	22,65
43		64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE -		28,40	26,15	24,15
43		88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		44,00	40,50	37,40
43		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		19,80	18,25	16,85
43		88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	51,05	47,00	43,40
43		89.22	CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria		64,15	59,05	54,55
43		89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE -		26,75	24,65	22,75
43		89.24	UROFLUSSOMETRIA -		13,40	12,35	11,40

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
43		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
43		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
43		89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE -		13,40	12,35	11,40
43		93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)		15,45	14,25	13,15
43		96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali		11,20	10,30	9,55
43		98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Incluso: Uretroscopia		41,20	37,90	35,05
43		98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -		8,95	8,25	7,60
43		99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -		7,45	6,85	6,35
43		99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE -		7,45	6,85	6,35
43		99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI -		8,95	8,25	7,60
43		99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -		8,95	8,25	7,60
43		99.94	MASSAGGIO PROSTATICO -		6,75	6,25	5,75
43		99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -		6,75	6,25	5,75
52		0	DERMOSIFILOPATIA				
52		64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -		11,10	10,25	9,45
52		64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)		42,55	39,15	36,20
52		70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -		42,55	39,15	36,20
52		71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -		28,40	26,15	24,15
52		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		42,55	39,15	36,20
52		86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		19,95	18,35	16,95
52		86.19.1	ELASTOMETRIA -		6,15	5,65	5,25
52		86.19.2	SEBOMETRIA -		6,15	5,65	5,25
52		86.19.3	CORNEOMETRIA -		8,20	7,55	7,00
52		86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -		10,30	9,50	8,75
52		86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute		10,30	9,50	8,75
52		86.25	DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)		24,40	22,45	20,75
52	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		36,59	33,66	31,10

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
52		86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)		18,35	16,90	15,60
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)		18,35	16,90	15,60
52		86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)		18,35	16,90	15,60
52		89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA -		8,05	7,40	6,85
52		89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -		8,05	7,40	6,85
52		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
52		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
52		89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -		21,40	19,70	18,20
52	*	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	Si considera prestazione l'esecuzione o del dermatografismo/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" - 1' - 2' - 5' - 30').	9,30	8,55	7,90
52		91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -		6,45	5,95	5,50
52		91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -		5,35	4,95	4,55
52	*	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	Si considera prestazione ogni seduta test con allergeni inalabili e/o alimentari. Consiste nell'applicare 10/12 gtt. di allergene per seduta, effettuare i controlli neg. e pos. e eseguire la lettura dopo 20 minuti.	18,60	17,15	15,85
52	*	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, in media 30 , lasciati in situ per 48 ore, e lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	41,35	38,05	35,15

Allegato 1)

					TARIFFA EURO		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
52	H *	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	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; 6) Test con veleno 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.	51,65	47,55	43,90
52	*	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) per ciclo di sei sedute.		10,10	9,30	8,60
56		0	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE DEI MOTULESI E NEUROLESI				
<p>NOTE.</p> <p>Per disabilita' 2 - 3 (grave-complessa) si devono intendere quelle che, per il grado elevato di disabilita', richiedono un intervento riabilitativo altamente specialistico sia sotto l'aspetto della competenza degli operatori che delle strutture. Richiedono inoltre un notevole livello assistenziale ed un intervento terapeutico riabilitativo di particolare intensita' e/o continuita' nel tempo.</p> <p>Per disabilita' 4 - 5 (minore o segmentale) si devono intendere quelle di entita' contenuta, di recente insorgenza ma a rapida risoluzione o quelle croniche, stabilizzate di entita' contenuta o minimale.</p> <p>Le visite di controllo devono essere intese come quelle successive alla visita di presa in carico del paziente, anche se effettuate a distanza di tempo dopo una sospensione del trattamento. Nel caso in cui si sovrappongano nuovi processi patologici che modifichino il quadro clinico, la visita deve essere considerata come prima visita.</p> <p>Successivamente alla visita per un approfondimento del grado della disabilita', per formulare la prognosi riabilitativa e per elaborare un piano di trattamento individualizzato, con chiari obiettivi terapeutici, puo' essere necessaria una specifica valutazione (cod. 89.7.1)..</p> <p>La valutazione (cod.prest 89.7.1), per le sue caratteristiche intrinseche, e' preliminare al trattamento riabilitativo ed e' necessaria nel caso di disabilita' gravi e complesse. E' ripetibile solamente allorchando si verificano significative modificazioni del quadro clinico-riabilitativo o non si raggiungano gli obiettivi terapeutici prefissati. Nel caso di disabilita' minimali, questa valutazione non e' da prevedersi in quanto e' gia' insita nella visita. Qualora per una disabilita' minore venga comunque effettuata la valutazione, questa deve essere dettagliatamente motivata e descritta nella stesura del piano di trattamento sulla scheda sanitaria individuale. La valutazione non deve mai essere prevista se alla visita consegue l'esclusiva prescrizione di terapia fisica.</p> <p>Gli accorpamenti e le integrazioni, sono stati formulati per superare il concetto della patologia d'organo ed evidenziare che l'intervento riabilitativo e' invece rivolto alla integrita' della persona, finalizzato al trattamento della disabilita'. Ne consegue che ogni seduta di trattamento deve essere correlata esclusivamente al tipo di disabilita' ed al carico di lavoro conseguente.</p> <p>Pertanto il nomenclatore non comprende voci che potrebbero comportare dubbi interpretativi.</p> <p>Le prestazioni 93.15 e 93.16 devono intendersi erogabili secondo il parere del Consiglio Superiore di Sanita' Sez.III e la circolare del Ministero della Sanita' n.66 del 12.9.84, da parte dei soggetti dotati dei titoli professionali previsti dalla normativa vigente.</p> <p>Le prestazioni contraddistinte dai codici 93.39.2, 93.39.4, 93.39.5, 93.39.8 e 93.39.9 sono riferite ai seguenti distretti corporei: colonna cervicale, dorsale, lombare, arto superiore destro, arto superiore sinistro, arto inferiore destro, arto inferiore sinistro.</p>							
					TARIFFA EURO		
B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
56	*	89.7	VISITA GENERALE - PRIMA VISITA FISIATRICA		30,00	30,00	30,00
56	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO		20,00	20,00	20,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
56	I*	89.7.1	VALUTAZIONE CLINICA	Prestazione che integra la visita solo nei casi di esiti di lesione del SNC-SNP ed Autonomo e/o di gravi malattie osteo-degenerative e/o di politraumi, con conseguente importante disabilità (disabilità 2/3). Deve essere disponibile la relativa documentazione giustificativa	28,00	25,80	23,80
56	*	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	Comprende la valutazione o la prescrizione o la verifica anche a distanza di tempo di protesi-ortesi-ausili.	15,00	13,80	12,75
56	A*	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesione degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche; Valutazione lesione traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare; Valutazione lesioni oncologiche; Valutazione lesioni apparato respiratorio; Valutazione lesioni apparato cardiaco; Valutazione lesioni S.N.C. stabilizzate (eta' adulta o geriatrica); Valutazione lesioni Sistema nervoso periferico stabilizzate. (disabilità 4 e 5).	15,00	13,80	12,75
56	A*	93.04.4	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesioni S.N.C. (età evolutiva, adulta o geriatrica); Valutazione lesioni degenerative del S.N.C.; Valutazione neuro-muscolari (età evolutiva o adulta); Valutazione lesioni S.N.P.; Valutazione lesioni complesse o plurime dell'apparato osteoarticolare; Valutazione dismorfismi rachide; Valutazione lesioni da ustione; Valutazione disfunzione sistema autonomo (uroginecologiche e/o colonproctologiche). (Disabilità 2 e 3).	24,00	22,10	20,40
56	A*	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con attrezzature per analisi del cammino od altre documentabili	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime.	50,00	46,00	42,50
56	A*	93.05.7	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica	Prestazione da aggiungersi a A93.04.3 oppure a A93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime.	50,00	46,00	42,50
56	A*	93.05.8	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione su disabilità 4 e 5, anche strumentale, dei disturbi della deglutizione (comprende anche i tests somministrati); Valutazione, anche strumentale, dei disturbi fono-articolatori funzionali o organici periferici, (comprende anche i tests somministrati)	20,00	18,40	17,00
56	A*	93.05.9	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione o certificazione, anche strumentale, dell'afasia, della sordità, della dislessia, della balbuzie, della disartria. (Disabilità 2 e 3)	30,00	27,60	25,50
56	A*	93.01.5	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	30,00	27,60	25,50
56	A*	93.01.6	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione, anche strumentale, da eseguirsi su pazienti con complessiva grave disabilità (disabilità 2 e 3), comprende anche i tests somministrati.	21,00	19,35	17,85
56	I*	93.01.7	COUNSELLING FISIATRICO	Counselling informativo, per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità	57,00	52,45	48,45
56	I*	93.01.8	COUNSELLING FISIOTERAPICO	Counselling informativo, per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità	23,00	21,20	19,55
56	I*	93.01.9	COUNSELLING LOGOPEDICO	Counselling informativo, per progettazione rieducativa, educativa, per inserimento socio-ambientale effettuato su pazienti con complessiva grave disabilità	23,00	21,20	19,55
56	A*	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 30 min. Trattamento lesioni degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche. Trattamento lesioni traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo-articolare- trattamento lesioni oncologiche- trattamento lesioni apparato cardiaco	22,50	20,70	19,15
56	A*	93.11.7	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. 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	46,00	42,30	39,10

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
				osteo-articolare; trattamento dismorfismi rachide; trattamento lesioni da ustioni -trattamento disfunzioni Sistema Autonomo (uroginecologiche o colonproctologiche). Tale prestazione comprende anche il trattamento individuale per disabilità derivante da patologia cardiorespiratoria e neurologica che richieda un programma di ricondizionamento fisico nel periodo di maggiore modificabilità del quadro clinico-funzionale.			
				Comprende anche la terapia occupazionale.			
56	A *	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI	Rieducazione con attrezzature sofisticate (isocinetica, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc). Prestazione da aggiungersi a A93.11.7 in Disabilità 2 e Disabilità 3, oppure a A93.11.6 in Disabilità 4 e 5, qualora effettuata a <u>completamento delle medesime Per seduta</u>	22,50	20,70	19,15
56	A *	93.11.9	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo dei disturbi motori -sensitivi.	7,00	6,45	5,95
56	A *	93.72.3	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	Disabilità 4 e Disabilità 5. Trattamento individuale = 45 min. Trattamento dei disturbi della deglutizione con o senza ausili - trattamento dei disturbi fonarticolatori funzionali o organici periferici con o senza ausili.	33,00	30,35	28,05
56	A *	93.72.4	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento dell'afasia; Trattamento della sordità; Trattamento della dislessia; Trattamento della balbuzie; Trattamento della disartria con o senza ausili. <u>Seduta individuale di 60 minuti</u>	46,00	42,30	39,10
56	A *	93.72.5	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 5. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo dei disturbi comunicativi. Per una maggiore efficacia del trattamento la rieducazione deve attuarsi attraverso sedute collettive di 45 minuti	7,00	6,45	5,95
56	A *	93.72.6	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Disabilità 2 e 3. Trattamento in gruppo = 45 min. Trattamento collettivo dei disturbi corticali superiori correlati al disturbo motorio-sensitivo o comunicativo	7,00	6,45	5,95
56	I *	93.89.4	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale, in pazienti con <u>grave disabilità</u>	46,00	42,30	39,10
56	I *	93.89.5	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO	Disabilità 2 e Disabilità 3. Trattamento individuale = 60 min. Trattamento, anche strumentale, in pazienti con <u>grave disabilità</u>	46,00	42,30	39,10
56	*	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	Indipendentemente dal numero dei distretti trattati	20,00	18,40	17,00
56		93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta		14,75	13,60	12,55
56	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	27,90	25,70	23,75
56	*	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	15,00	13,80	12,75
56	*	93.39	MASSOTERAPIA CONNETTIVALE	Per seduta di 30 min. ciascuna.	22,50	20,70	19,15
56	*	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	Per seduta di 30 min. ciascuna. In caso di linfoedemi di particolare gravità la seduta è <u>di 60 min (corrisponde quindi a 2 prestazioni)</u>	22,50	20,70	19,15
56	I *	93.56.8	BENDAGGIO FUNZIONALE	Bendaggio funzionale da considerarsi per articolazione. In caso di trattamento di linfoedemi tale prestazione integra la prestazione codice 93.39.2	35,00	32,20	29,75
56	*	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.	<u>Trattamento medio di 10 min. per distretto</u>	2,45	2,25	2,10
56	*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento con specifica tipologia di tens (a bassa frequenza - max 10 hertz) del singolo distretto, per la durata di 20 minuti.	3,55	3,30	3,05
56	*	93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta	Elettromagnetoterapia <u>Per seduta di 30 min. per distretto</u>	3,00	2,80	2,55

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
56	*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta	Trattamento medio di 10 minuti per distretto	3,00	2,80	2,55	
56	A *	93.40	ELETTROTHERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta	Elettroterapia di stimolazione muscolare neofaradica/esponenziale/rettangolare/Kotz. Seduta media di 20 min. per distretto	3,00	2,80	2,55	
56	*	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	Trattamento medio di 15 min. per distretto	3,60	3,35	3,10	
56		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisinnogramma (89.17)		11,90	10,95	10,15	
56	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Includo: FMG	Per singolo riflesso	11,90	10,95	10,15	
56	*	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Includo: FMG	Comprende anche l'esame elettrodiagnostico con curva I/T	11,90	10,95	10,15	
56		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		11,90	10,95	10,15	
56		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		11,90	10,95	10,15	
56		89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI		26,75	24,65	22,75	
56		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Includo: EEG		56,15	51,65	47,75	
56		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Includo: EEG		40,10	36,90	34,10	
56		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Includo: EEG		40,10	36,90	34,10	
56		95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi		26,75	24,65	22,75	
58		0	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA			0,00	0,00	0,00
58		42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)		65,75	60,50	55,90	
58		42.29.1	TEST DI BERNSTEIN -		19,95	18,35	16,95	
58		42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE) -		116,70	107,40	99,20	
58		42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO - Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi 'Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee		72,05	66,30	61,25	
58	H	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - Mediante laser		138,15	127,10	117,45	
58		43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA - Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia		69,80	64,25	59,35	
58		43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO 'PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia		110,80	101,95	94,20	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
58		44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO - Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)		73,15	67,30	62,20
58		44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO - Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)		125,60	115,55	106,80
58		44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) -		19,95	18,35	16,95
58		45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] - Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)		81,25	74,75	69,10
58	I H *	45.13.1	ENDOSCOPIA CON MICROCAMERA	Il nuovo metodo diagnostico "Given Imaging Video Capsule System M2A" con microcamera endoscopica, permette di osservare, valutare tutta la superficie del piccolo intestino dal duodeno sino all'ileo-terminale. Esso può essere utilizzato in tutte le patologie in cui si presuppone il coinvolgimento del piccolo intestino, dalle emorragie occulte alle sindromi polipose, precancerose, celiachia, AIDS, neoplasie, malattia di Crohn, linfoma.	1.100,00	1.012,00	935,00
58		45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE - Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)		86,45	79,55	73,50
58		45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA - Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno		101,55	93,45	86,35
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		88,65	81,55	75,35
58		45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA -		147,75	135,95	125,60
58		45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)		53,20	48,95	45,25
58		45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)		124,85	114,90	106,15

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
58		45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -		107,10	98,55	91,05
58		45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -		59,85	55,10	50,90
58		45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO -		39,90	36,70	33,95
58		45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON -		239,30	220,15	203,40
58		45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico 'Escluso: Polipectomia con approccio addominale		138,50	127,45	117,75
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)		147,75	135,95	125,60
58		48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)		35,85	33,00	30,50
58		48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia		59,85	55,10	50,90
58		48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE -		83,50	76,85	71,00
58	H	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale		49,85	45,90	42,40
58		49.21	ANOSCOPIA -		32,50	29,90	27,65
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)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	51,65	47,55	43,90
58		88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI -		17,35	16,00	14,75
58		88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS -		17,35	16,00	14,75
58		88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA -		17,35	16,00	14,75
58	*	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	71,10	65,45	60,45
58		89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA -		77,25	71,10	65,70
58		89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore -		106,95	98,40	90,90
58		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
58		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
58		98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		35,95	33,10	30,55

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
58		98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		71,30	65,60	60,60
58		98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia		33,90	31,20	28,85
61		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE				
61	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	65,00	59,80	55,25
61		57.94	CATETERISMO VESCICALE		13,00	12,00	11,05
61	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide- paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	33,45	30,80	28,45
61		88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		24,20	22,30	20,60
61		88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		34,65	31,90	29,45
61		88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body		34,65	31,90	29,45
61	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	- Visita di controllo effettuata entro 45 giorni dalla 1° visita -Visita di follow-up -Visita/parere	20,00	20,00	20,00
61	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Visita medico nucleare pretrattamento.	Si considera visita medico nucleare pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	40,00	40,00	40,00
61	*	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	Generalmente I-131 ioduro di sodio per os. Almeno due misurazioni. In campo pediatrico utilizzare I-123	81,25	74,75	69,10
61	*	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	Qualora siano eseguite prove/test farmacologici è obbligatorio eseguire preliminarmente uno studio basale completo.	67,15	61,80	57,10
61	*	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	Da eseguirsi preferibilmente con gamma- camera . Obbligatorie reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i).	53,75	49,45	45,70
61	*	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	Si intende la scintigrafia tiroidea eseguita con indicatori quali Tl201, Ga67, Sestamibi o analoghi, I131 ecc.	327,00	300,85	277,95
61	I*	92.01.5	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI	Studio mirato da eseguirsi su indicazioni cliniche precise per la ricerca di sedi di ectopia tiroidea. Esclusa la patologia oncologica tiroidea (eseguire indagine cod. 92.18.1)	74,65	68,70	63,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Eseguirsi almeno tre proiezioni: Ant, Post, Lat. dx. - Qualora il quesito clinico richieda una valutazione addizionale di funzionalità splenica o di diagnostica peculiare in senso onco-ematologico (es. linfoma), infettivologico, ecc. va codificato anche 92.05.5 (scintigrafia splenica). In questo caso il referto deve essere specifico e relativo al quesito clinico.	117,50	108,10	99,90
61	*	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Prevede due studi scintigrafici planari per comparare, o con tecnica di sottrazione o con analisi visiva, le immagini epatiche con colloide con quelle del pool ematico epatico. Eseguire almeno 3 proiezioni (Ant., Post, Lat dx).	208,85	192,15	177,55
61	*	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	La scintigrafia sequenziale prevede lo studio dinamico biliare. Il tempo di esame può essere variato in funzione del quesito clinico proposto o della patologia in studio. Il tempo minimo di acquisizione dello studio dinamico è di 60 minuti, salvo riscontro di referto normale a 30 minuti. Per misurazione della funzionalità si intende una elaborazione della immagine o in senso di generazione di ROI e curve attività/tempo con estensione di parametri temporali o immagini parametriche.	188,00	173,00	159,80
61		92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5		440,05	404,85	374,05
61		92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco		74,95	68,95	63,70
61	*	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	Si tratta di immagini statiche renali acquisite sia in posizione supina che prona; se possibile eseguire 6 immagini (Ant, Post, OAD, OAS, OPD, OPS). La prestazione si intende bilaterale.	98,75	90,85	83,95
61		92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco		65,30	60,10	55,50

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	Comprende: Scintigrafia renale sequenziale. Lo studio è finalizzato ad ottenere informazioni qualitative sulla morfologia e funzione del singolo rene e delle vie escrettrici. Può essere integrata dalla generazione di curve attività/tempo renografiche. Scintigrafia renale con calcolo della funzione renale globale separata. L'esame prevede l'esecuzione, con diverse procedure, di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni qualitative morfo- funzionali sul rene e le vie escretorie, sia dati quantitativi di clearance renale: GFR o ERPF a seconda del tracciante impiegato. I dati di funzionalità vanno espressi come funzione globale e separata. I metodi impiegati possono essere basati su un modello analitico (Piepsz: GRF) o su metodi empirici (Gates: GFR Schlegel: ERPF) ecc.	167,85	154,45	142,70
61		92.03.3		Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata. L'esame prevede l'esecuzione di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni morfo-funzionali qualitative sul rene e le vie escrettrici, sia parametri semi- quantitativi temporali (Tmax, T50 sulla curva nefrografica ottenuta con l'impiego di ROI), sia % di funzione di un rene rispetto all'altro. 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).	0,00	0,00	0,00
61	*	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO- URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	Prevede il cateterismo vescicale e l'introduzione in vescica del radiofarmaco. Non è generalmente necessaria una elaborazione intesa a determinare dati quantitativi. Lo studio è finalizzato a valutare la presenza di reflusso e la sua estensione (fino alla pelvi renale).	135,00	124,20	114,75
61	*	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	La procedura trova un'utile applicazione soprattutto a complemento di uno studio renale statico (Tc99M-DMSA).	67,15	61,80	57,10

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	I*	92.03.6	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI	La metodica, applicata correntemente sia a livello regionale che nazionale, prevede l'impiego di tecnica vivo-vitro senza acquisizioni di immagini. Si basa sul principio generale delle clearances plasmatiche di radiofarmaci iniettati per via venosa e successivi campionamenti di sangue. Essenziale nella insufficienza renale cronica e per studi di nefrotossicità da farmaci.	120,85	111,20	102,75
61	I*	92.03.7	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO- URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE	Si utilizza la somministrazione intravenosa del tracciante nel paziente laddove non sia consigliabile o possibile eseguirsi citoscintigrafia minzionale diretta (es. non consigliabile cateterismo). Le immagini ottenute sulla regione renale e ureterale durante la fase minzionale consentono la identificazione di un eventuale reflusso. L'acquisizione specifica inizia alla fine della scintigrafia renale sequenziale e termina alla fine della minzione. La metodica non è idonea alla identificazione di un reflusso vescico-ureterale passivo.	182,00	167,45	154,70
61	*	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	La prestazione prevede l'acquisizione dinamica di 20-30 minuti in proiezione Ant, seguita da esecuzione di test provocativo (esempio somm.ne per os di succo di limone concentrato) e continuazione dello studio dinamico per 15-20 minuti. Al termine occorre acquisire 3 proiezioni statiche (Ant, Latdx e Latsin).	116,20	106,90	98,80
61	*	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO- GASTRO-DUODENALE	La prestazione prevede sempre elaborazione delle immagini sequenziali acquisite durante la deglutizione del bolo radioattivo e successivamente per 10 minuti negli atti di deglutizione "a secco".	94,00	86,50	79,90
61	*	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO- ESOFAGEO O DUODENO- GASTRICO	a) Reflusso gastro-esofageo. Visualizzazione del reflusso con stima dell'entità. Radiofarmaco consigliato: Tc99m-solfuro colloidale o Tc99m-DTPA 3,7 MBq (100 uCi) diluito in 300 ml di succo d'arancia acidificato. b) Reflusso duodeno-gastrico. Valgono le modalità già indicate al punto a) In caso di contemporaneo studio standard scintigrafico sequenziale epatobiliare con calcolo degli indici funzionali codificare solo 92.02.3.	192,05	176,70	163,25
61	*	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	Si intende sia la localizzazione di una gastroenterorragia sia la ricerca di mucosa gastrica ectopica intestinale. Non comprende lo studio per la quantificazione di perdite occulte intestinali. E' indicata solo per la localizzazione di siti di sanguinamento o per escluderli. La ricerca, può essere protratta anche per 36 ore usando la tecnica della riiniezione. Occorre acquisire, immagini sequenziali per 60 minuti. Le acquisizioni di immagini successive e la loro sequenza temporale, verranno di volta in volta decise dal Medico Nucleare.	188,00	173,00	159,80

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	Viene eseguito con somministrazione orale di 3,7 MBq di 51 Cr-EDTA (100uCi) Prevede la raccolta delle urine per 24 ore. Nel caso si eseguano misure per lo studio di perdite proteiche o maleassorbimento intestinale, utilizzare questo codice (92.04.5)	174,55	160,60	148,40
61	*	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate	339,75	312,60	288,80
61	*	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	Nel caso di utilizzo di Tc99m-pirofosfato (finestra temporale 24-168 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA) l'intervallo somministrazione del tracciante-acquisizione dello studio è di 90-240 minuti. Può essere eseguito uno studio precoce all'equilibrio artero-venoso del blood pool cardiaco da utilizzarsi come repere anatomico. Nel caso di impiego di In111-antimiosina o altro radiofarmaco si esegue una doppia acquisizione (24 e 48 ore dopo l'evento acuto) (sospetto IMA). Almeno 3 proiezioni (ant, OAS45°, OAS70° o Lat sin).	94,00	86,50	79,90
61	*	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	Da preferirsi l'iniezione centrale del bolo. Usare collimatori ad elevata efficienza di conteggio. Desumere informazioni quantitative dalla elaborazione della curva di 1° transito e successivamente dall'analisi della curva di attività/volume. Riferirsi per la standardizzazione al testo già citato AIMN, 1994. Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate.	178,60	164,35	151,85
61	*	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL' EQUILIBRIO Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	Comprende: 1) <u>Angiocardioscintigrafia all'equilibrio con calcolo di parametri funzionali.</u> 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 3 a seconda del quesito clinico (OAS45°, OAS70° o Lat. sin. Ant.).	235,00	216,20	199,75

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61		92.05.4		2) <u>Angiocardioscintigrafia all'equilibrio con test da sforzo o test farmacologico , con calcolo di parametri funzionali.</u> Proiezione raccomandabile 0AS45°. Per le modalità di esecuzione dei test provocativi attenersi alle raccomandazioni del Gruppo Italiano di Cardiologia Nucleare: "Standardizzazione delle metodiche nucleari in cardiologia" AIMN, 1994. Dopo l'iniezione in bolo del tracciante è raccomandabile eseguire uno studio al 1° passaggio e, all'ottenimento dell'equilibrio, acquisire 3 immagini delle cavità cardiache e dei grossi vasi, senza elaborazione, con la semplice analisi visiva per un orientamento iniziale di aspetti dinamici e morfologici. Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate.	0,00	0,00	0,00
61	*	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	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).	326,30	300,20	277,35
61	*	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	Lo studio trova indicazione nella determinazione della distribuzione corporea totale del midollo osseo per la valutazione di anomalie sia regionali che globali. Può essere impiegata per la individuazione di sedi adeguate alla biopsia o in associazione alla scintigrafia ossea in patologie oncologiche od osteomielitiche (in quest'ultimo caso è utile l'associazione con scintigrafia segmentaria o totale corporea con cellule autologhe marcate).	197,40	181,60	167,80
61	I*	92.05.7	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO	Studio scintigrafico in cui vengono impiegati radiofarmaci diversi dagli indicatori di lesione o dai traccianti di perfusione. Esempi: traccianti metabolici (acidi grassi) o neurocardiologici (MIBG-I131 o I123) per lo studio della distribuzione del sistema nervoso simpatico nel miocardio ecc.	131,25	120,75	111,60
61	I*	92.05.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO	Si intende lo studio tomografico con iniezione di tracciante. Si richiamano le linee guida al codice 92.05.7	156,45	143,95	133,00
61	*	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	La prestazione è indicata per la diagnosi di: cardiopatia ischemica, miocardiopatie e per la valutazione anche a fine chirurgici del paziente infartuato, successivamente a ecocardiografia con test provocativi e scintigrafia o tomoscintigrafia (SPET) perfusionale miocardica e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico. Si include anche studio metabolico.	1.058,55	973,30	899,80
61		92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO		201,45	185,35	171,25

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61		92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco		156,45	143,95	133,00
61	*	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	Qualora il medico nucleare ritenga necessario effettuare entrambe le prestazioni è raccomandabile che la massa eritrocitaria ed il volume plasmatico vengano determinate con tecniche indipendenti onde assicurare una maggior precisione dei dati. Possono essere adottate tecniche che prevedono la misura simultanea dei due parametri. Salvo esigenze cliniche particolari, è opportuno che la determinazione della massa eritrocitaria e del volume plasmatico non siano effettuate immediatamente dopo trasfusione. 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 trasfusione.	83,95	77,25	71,35
61	*	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	La marcatura in vitro di emazie autologhe è molto stabile e permette il protrarsi dei campionamenti ematici per almeno due settimane. I tempi di prelievo sono ravvicinati nella prima giornata (10-20-30-60-180 minuti, 6° ora) e a distanza di 24 ore i successivi per due settimane. Si tiene conto, nell'elaborazione dei dati, del fattore di eluizione del tracciante dalla cellula. Contemporaneamente alla esecuzione dei prelievi vengono effettuate misure di superficie con sonda con rivelatore a scintillazione collimata sul fegato, sulla milza e sul sacro (studio delle sedi di eritrocateresi). Per un corretto posizionamento delle sonde è opportuno eseguire una scintigrafia epatica e splenica con funzione di repere anatomico almeno 3 giorni prima dell'inizio dell'esame. E' inoltre necessaria la determinazione della massa eritrocitaria (codice 92.09.4) all'inizio ed alla fine dell'esame.	270,00	248,40	229,50
61	*	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	E' una metodologia che permette di calcolare con precisione il turnover plasmatico del ferro ed altri parametri come il metabolismo eritrocitario del ferro. Il periodo di campionamento ematico e di misure di superficie sui comportamenti interessati al metabolismo del ferro sono protratti fino al 14° giorno e l'analisi dei dati sperimentali implica l'adozione di modelli interpretativi con una analisi informatica più complessa. Questo codice va utilizzato anche per la Clearance plasmatica del ferro.	261,20	240,30	222,05

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	1) Studio della cinetica dei leucociti: per effettuare questa procedura è indispensabile l'utilizzo di popolazioni leucocitarie pure. La marcatura prevede la separazione della popolazione leucocitaria in esame mediante gradienti di densità. Lo studio della cinetica è effettuato attraverso campionamenti seriat di sangue onde ottenere curve attività/tempo e stabilire il T1/2 e la vita cellulare media. L'utilizzo delle immagini ottenute con gamma camera computerizzata consente di produrre, mediante elaborazione, curve attività/tempo mediante generazione di ROI sui compartimenti di accumulo. 2) Studio della cinetica delle piastrine: la procedura è diretta alla determinazione della produzione, della vita media, dell'entità e della sede di distruzione delle piastrine. La marcatura è eseguita in vitro in piastrine omologhe o eterologhe.	335,70	308,85	285,35
61	I*	92.09.8	TEST DI SHILLING	Test raccomandabile nello studio del paziente anemico, su richiesta dello specialista. Lo studio combinato mediante l'impiego contemporaneo di radiofarmaci quali Co58-cianocobalamina e Co57- cianocobalamina legata al fattore intrinseco è raccomandabile per ridurre i tempi di esecuzione di 2 test separati.	174,55	160,60	148,40
61	I	92.09.9	GSPECT		46,30	42,60	39,35
61	*	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	Include serie scintigrafiche precoci e tardive (i tempi sono stabiliti in base al tracciante impiegato). Almeno due serie scintigrafiche di 4 proiezioni ciascuna (Ant, Post, Lat. dx, Lat. sin).	181,20	166,70	154,05
61	*	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	Lo studio completo comprende anche: a) lo studio statico precoce all'equilibrio artero-venoso (in genere una proiezione in Anteriore); b) il calcolo degli indici emodinamici espressi come dati semiquantitativi, parametrici, ecc. Infatti abitualmente, e salvo approcci analitici molto particolari, non si fornisce il dato quantitativo assoluto in ml/min/100gr. tessuto cerebrale.	229,65	211,30	195,20
61	*	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	Ogni tipologia di derivazione liquorale che il Neurochirurgo ritenga di effettuare e per la quale sia possibile stabilire o meno la pervietà.	204,85	188,50	174,15
61		92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR		586,70	539,80	498,70
61	*	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	Include la SPET cerebrale per lo studio di: a) alterazioni della barriera emato-encefalica impiegando radiofarmaci tradizionali come il Tc99m-DTPA o il Tc99m-pertecnetato o il Tc99m-glucoptonato; b) perfusione cerebrale con traccianti specifici (Xe133, Tc99m-HMPAO, Tc99m- ECD). Analisi semi-quantitative sono opzionali e comprese nella tariffa.	369,30	339,75	313,90

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	La prestazione e' indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, Scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale.	928,50	854,20	789,20
61	*	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	La prestazione e' indicata per la valutazione e la diagnosi differenziale di: malattie cerebrovascolari, malattie degenerative, demenza, epilessia, malattie infettive, traumi, malattie congenite risultate non accertate mediante TC, RM, Scintigrafia o Tomoscintigrafia cerebrale.	1.058,55	973,30	899,80
61	*	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera. Obbligatori reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i). La tecnica di sottrazione non è obbligatoria salvo se si impiega il TI201.	347,80	320,00	295,65
61	*	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	Allo studio scintigrafico di un iniziale segmento articolare sede di patologia va sempre associato l'esame dell'articolazione controlaterale, ove questa esista, per ovvi motivi di correlazione. Le stesse considerazioni valgono anche per la scintigrafia scheletrica segmentaria.	104,75	96,40	89,05
61	*	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	Si intende la scintigrafia ossea o articolare con studio angiografico, una acquisizione all'equilibrio arterovenoso e uno studio statico del segmento interessato (trifasica)	142,35	131,00	121,00
61	I*	92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	In particolare ne viene raccomandato l'uso per meglio situare anatomicamente e spazialmente anomalità scintigrafiche focali.	67,15	61,80	57,10
61	*	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	In studio planare acquisizione di almeno 6 proiezioni (Ant, Post, Lat dx, Lat sin, OPdx e OPSin). In paziente non collaborante acquisire il massimo numero possibile di proiezioni. La dose di radiofarmaco deve essere di almeno 222 MBq (6mCi) se l'esame è effettuato dopo lo studio scintigrafico di ventilazione (altrimenti possono essere sufficienti 77 MBq (2 mCi)). Salvo impossibilità pratica, è preferibile che il paziente sia iniettato in posizione seduta. Obbligatorio eseguire uno studio Rx torace standard (due proiezioni) prima di porre indicazione all'esame scintigrafico. Lo studio Rx sarà anche indispensabile per la corretta interpretazione dello studio scintigrafico.	100,75	92,70	85,65

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	Lo studio di ventilazione dovrebbe seguire a quello di perfusione, in quanto una perfusione normale porrebbe fine alle indagini medico-nucleari, salvo specifica richiesta per quesiti diagnostici diversi da quelli di tromboembolia polmonare (TEP) (esempio: broncopatie croniche ostruttive ecc., nel qual caso i due studi potrebbero essere effettuati in giorni diversi). Nel caso di impiego di Xe133, eseguire una proiezione standard posteriore con almeno 740 MBq (20 mCi) di attività somministrata. Lo studio prevede tre fasi: singolo respiro, equilibrio e washout. Nel caso di impiego di Aerosol o altri radiofarmaci tecnezati, se lo studio è eseguito dopo quello di perfusione, la dose di radiofarmaco non deve essere inferiore a 222 MBq (6mCi) mentre se è eseguito prima della perfusione possono essere sufficienti 74 MBq (2mCi). Eseguire le 6 proiezioni corrispondenti a quelle dello studio perfusionale.	295,45	271,85	251,15
61	*	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusionale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	Per studio quantitativo si intende l'utilizzo di indici funzionali: parametri temporali o rapporti ventilazione/perfusione (V/P) o immagini parametriche, qualora le prestazioni 92.15.1 e 92.15.3 siano eseguite sequenzialmente.	29,90	27,50	25,45
61		92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO		302,15	278,00	256,85
61		92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco		67,15	61,80	57,10
61	*	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	Procedura ottenibile mediante introduzione interstiziale sottocutanea di radiofarmaci, marcati con Tc99m di natura colloidale inerti o da aggregati molecolari. Vengono in genere effettuate acquisizioni con gamma camera tra 10-15 minuti, a 2-3 ore ed eventualmente lo studio può protrarsi a 6-24 ore. Le immagini statiche possono essere precedute da una acquisizione dinamica continua per circa 30-60 minuti.	200,75	184,70	170,65
61		92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI		335,70	308,85	285,35
61	*	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	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.	201,45	185,35	171,25
61	*	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	Da eseguirsi sempre in pazienti oncologici per stadiazione e per follow-up. Si intende tecnica total body.	235,00	216,20	199,75
61		92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE		402,85	370,65	342,45
61		92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI		1.007,10	926,55	856,05

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	La prestazione è indicata per: la stadiazione di neoplasia, la diagnosi differenziale tra recidiva tumorale e radionecrosi, la valutazione di malignità della neoplasia e/o della risposta al trattamento chemioterapico successivamente a TC e RM e qualora tali indagini non abbiano consentito un completo inquadramento diagnostico.	1.058,55	973,30	899,80
61	*	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	Comprende: 1) Studio Basale - Se il radiofarmaco impiegato è marcato con I-131 è necessario bloccare la tiroide con ioduro potassio 1-2 giorni prima dell'esame e 10-14 giorni dopo l'iniezione. Lo studio viene effettuato con I131-Norcolesterolo. La dose somministrata è di 37MBq (1 mCi) per e.v., con iniezione lenta per evitare reazioni da liberazione di istamina. Si acquisiscono immagini in proiezioni Post, Lat dx e Lat sin, preferibilmente al 4° - 5° giorno dopo l'iniezione e in giorni successivi a giudizio dello specialista. 2) Scintigrafia surrenalica corticale con prove farmacologiche di soppressione. E' indicata per diagnosi di iperaldosteronismo primitivo e iperplasia bilaterale dei surreni. Si effettua con test al desametasone: 4 mg/die/7 giorni prima della somministrazione del radiofarmaco e per tutta la durata dell'esame.	604,30	555,95	513,65
61	*	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	Prevede l'impiego del radiofarmaco I131- MIBG e il blocco tiroideo con ioduro di potassio (1-2 giorni prima e 1 settimana dopo l'iniezione del radiofarmaco). La dose media è di 18,5 - 37 MBq (500-1000 uCi), iniettata lentamente in vena. Si acquisiscono immagini a 24-48 ore e se necessario nei giorni successivi nelle proiezioni Ant e Post (almeno 3 immagini partendo dal collo e terminando alla pelvi). L' applicazione predominante è la ricerca di feocromocitoma e sue metastasi. Se viene usato il radiofarmaco I123-MIBG la dose va da 185- 370 MBq (5-10 mCi). Le immagini vengono acquisite a 6-24 ore dall'iniezione. Valgono le stesse indicazioni, modalità di preparazione e acquisizione di sedi di imaging descritti per il I131-MIBG.	570,70	525,05	485,10
61	*	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	Include sia lo studio testicolare/scrotale (diagn.diff. tra epididimite e torsione), sia studi di valutazione di disfunzione sessuale (impotenza), angiografia distrettuale peniena di base e sotto stimolo, o valutazione funzionale di varicocele.	109,75	101,00	93,30

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
61	*	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	Comprende: 1) Angioscintigrafia Distrettuale. Comprende l'acquisizione dinamica (una proiezione) e all'equilibrio artero-venoso (almeno due proiezioni) del transito del tracciante in un particolare distretto vascolare o organo. L'analisi è visiva. Preferibile usare Tc99m-DTPA. In caso di impiego di Tc99m-pertecnetato bloccare la tiroide con 200-400 mgr. di perclorato di potassio (per os.) 30 min. prima dell'iniezione del tracciante. 2) Angioscintigrafia distrettuale con calcolo di indici emodinamici. La semplice generazione di curve attività/tempo permette di ottenere indici funzionali, ma non valori assoluti di flusso. 3) Fleboscintigrafia. Se vengono studiate le estremità inferiori o superiori è obbligatorio acquisire simultaneamente entrambi gli arti. Radiofarmaco di comune impiego è il Tc99m macroaggregati di albumina (Tc99m-MAA). Per gli arti inferiori utilizzare la tecnica con	207,75	191,15	176,60
61		92.19.5		doppio laccio per ottenere informazioni del circolo profondo e del superficiale (partendo dalle caviglie acquisire tre immagini statiche in rapida sequenza di gambe, cosce e pelvi di 2 serie differenti "con lacci posti " e "con lacci rimossi"). Una 3° serie di acquisizioni (3 immagini come la serie precedente) dopo aver fatto deambulare il paziente per alcuni minuti è ottenuta (10-15 min. dopo la 2° serie di immagini). 4) Scintigrafia delle Trombosi venose e arteriose. Può corrispondere alla 3° acquisizione della fleboscintigrafia con Tc99m-MAA. Possono essere usati anticorpi 'antipiastriane o altri radiofarmaci	0,00	0,00	0,00
61		92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali		33,30	30,65	28,30
61	I*	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	Scintigrafia di un solo segmento con indicatori positivi. Lo studio scintigrafico di un solo segmento sede di patologia va associato con quello del segmento controlaterale, ove questo esista, per motivi di correlazione. Se motivato clinicamente e ritenuto necessario dallo specialista medico-nucleare, la richiesta di prestazione monosegmentale va integrata da immagini plurisegmentali. Escluso Codici 92.01.4 - 92.02.4 - 92.15.4	302,15	278,00	256,85

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
61	I*	92.19.8	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	Si intende esame associato a somministrazione di radiofarmaco indipendentemente da studio planare.	973,55	895,70	827,55	
61	I*	92.19.9	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	67,15	61,80	57,10	
61		92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		77,75	71,55	66,10	
61		92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		16,35	15,05	13,90	
61		92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		207,00	190,45	175,95	
61		92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		605,85	557,40	515,00	
61		92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		252,45	232,25	214,60	
61	*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	950,30	874,30	807,75	
64		0	ONCOLOGIA					
64		03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antitumorali		73,90	68,00	62,85	
64	H	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		88,65	81,55	75,35	
64	H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)		44,35	40,80	37,70	
64	H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)		88,65	81,55	75,35	
64	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	27,90	25,70	23,75	
64	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	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).	20,00	20,00	20,00	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
64	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del percorso diagnostico e del piano di trattamento.	Valutazione generale, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi (CAS), ad esclusione dei pazienti ricoverati.	40,00	40,00	40,00	
64	I*	89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS), di indirizzo e supporto al Percorso Diagnostico Terapeutico.	Primo approccio presso il Centro Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di oncologia (ove non ancora attivato il CAS); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test, consenso informato. Il CAS svolge compiti di informazione, accoglienza, amministrativo- gestionali, di analisi dei bisogni e delle priorità (triage), di indirizzo e di supporto al percorso diagnostico-terapeutico del paziente e di compilazione della Scheda Sintetica Oncologica. Prestazione propedeutica a quelle codificate: 89.03 e 89.07, vincolante per i pazienti ambulatoriali esterni.	40,00	36,80	34,00	
64	*	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal GIC.	Valutazione interdisciplinare sul paziente, erogata dal Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC), indipendentemente dal numero di specialisti presenti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal Centro di Accoglienza e Servizi -CAS.	53,50	49,25	45,50	
64		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE PORTATORE DI CATETERE VENOSO CENTRALE - Per seduta individuale		5,05	4,65	4,30	
64		96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali		11,20	10,30	9,55	
64	*	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	Tariffa da applicarsi esclusivamente per somministrazione di eritropoietina.	13,15	12,10	11,20	
64		99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -		15,70	14,45	13,35	
64		99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -		11,20	10,30	9,55	
64		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00	
68		0	PNEUMOLOGIA					
68	H	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)		118,20	108,75	100,50	
68	H	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		184,65	169,90	156,95	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
68	*	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE -	Test routinario nella diagnosi e monitoraggio dell'asma bronchiale. Consiste nel misurare i flussi ed i volumi in respirazione lenta e forzata per verificare una ostruzione bronchiale.	26,75	24,65	22,75
68		89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE -		42,80	39,40	36,40
68		89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)		53,50	49,25	45,50
68	*	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	Completa il test codice(89.37.1). Serve a misurare il grado di reversibilità della ostruzione bronchiale. Si esegue ripetendo una spirometria 5 - 10 min. dopo la somministrazione di Beta stimolante.	42,80	39,40	36,40
68	H *	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	Somministrazione di un bronco costrittore farmacologico (metacolina, istamina, carbacolo) e determinazione della curva dose risposta con calcolo della PD 20 oppure della PC 20. (Le metodiche sono ampiamente descritte in letteratura).	103,30	95,05	87,80
68	H *	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	Per singolo stimolo si intende il singolo allergene inalabile (non materiale d'uso professionale) testato in polvere od in soluzione. La prestazione è conclusa quando si riscontra una positività oppure si raggiunge il dosaggio massimo disponibile. Nel caso fossero necessarie un numero di spirometrie superiori a 4 si possono conteggiare al massimo 2 prestazioni. Anche il test di provocazione specifico nasale o congiuntivale è da rilevare con lo stesso codice: in ogni caso si rileva una sola prestazione per ogni allergene testato. La prestazione comprende tutti i passaggi necessari alla conclusione della procedura (8 passaggi). Deve essere disponibile la relativa documentazione giustificativa.	103,30	95,05	87,80
68		89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria		26,75	24,65	22,75
68		89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -		26,75	24,65	22,75
68		89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -		26,75	24,65	22,75
68		89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -		53,50	49,25	45,50
68		89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -		26,75	24,65	22,75
68	*	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	80,20	73,80	68,20
68		89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -		53,50	49,25	45,50
68		89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -		26,75	24,65	22,75
68		89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -		26,75	24,65	22,75

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
68	*	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG, analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni	98,65	90,75	83,85
68		89.44.2	TEST DEL CAMMINO -		64,15	59,05	54,55
68		89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		15,75	14,50	13,40
68		89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia		21,40	19,70	18,20
68		89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia		21,40	19,70	18,20
68		89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -		21,40	19,70	18,20
68		89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA		10,70	9,85	9,10
68		89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -		21,40	19,70	18,20
68		89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -		21,40	19,70	18,20
68		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
68		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
68		93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta		6,75	6,25	5,75
68		93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		9,45	8,70	8,05
68		93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta		8,95	8,25	7,60
68		98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -		21,30	19,60	18,10
69		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA				
69		06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei		65,00	59,80	55,25
69	I*	06.01.1	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA	Comprensiva della TC pre e post	250,00	230,00	212,50
69	*	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	E' compresa anche l'agobiopsia della paratiroide	65,00	59,80	55,25
69	H	34.91.1	TORACENTESI TC-guidata		236,35	217,45	200,90
69	I H	34.91.2	TORACENTESI ECO-guidata		180,00	165,60	153,00
69	I H	34.91.3	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato		150,00	138,00	127,50
69	H	40.19.1	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)		200,00	184,00	170,00
69	H	40.19.2	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)		250,00	230,00	212,50
69	I H	50.19.A	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD		390,00	358,80	331,50

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	H	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata		200,00	184,00	170,00
69	H	50.91	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC		250,00	230,00	212,50
69	H I *	51.12.1	BIOPSIA ENDOLUMINALE	Nel caso delle vie biliari prestazione da aggiungere a 88.96.7	250,00	230,00	212,50
69	H	54.91.1	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata		225,00	207,00	191,25
69	I	55.93	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) per seduta (per uso ortopedico)		125,00	115,00	106,25
69		60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco- guidata della prostata		150,00	138,00	127,50
69		83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI		65,00	59,80	55,25
69		85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella		65,00	59,80	55,25
69	I H	85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO		450,00	414,00	382,50
69	I H	85.11.3	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona		750,00	690,00	637,50
69	I	85.11.4	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA		180,80	166,35	153,70
69	*	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco- guidata	La prestazione si riferisce ad aspirazione di una o più cisti	75,00	69,00	63,75
69		87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo		110,00	101,20	93,50
69	*	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	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.	165,00	151,80	140,25
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)		110,00	101,20	93,50
69	*	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	165,00	151,80	140,25

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69		87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN] TC dei denti (arcata superiore o inferiore)		100,00	92,00	85,00
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]		110,00	101,20	93,50
69	*	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	165,00	151,80	140,25
69		87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		110,00	101,20	93,50
69	*	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	165,00	151,80	140,25
69		87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialo-TC		33,30	30,65	28,30
69		87.04.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE		12,40	11,40	10,55
69	H	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA		93,75	86,25	79,70
69	*	87.06	FARINGOGRAFIA Incluso: esame diretto	Tale codice può essere utilizzato anche per "studio VFG della deglutizione"	33,55	30,90	28,55
69		87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto		27,40	25,20	23,30
69		87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto		23,25	21,40	19,80
69		87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE con videoregistrazione		73,30	67,45	62,30
69		87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		11,40	10,50	9,70
69		87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		10,25	9,45	8,75
69		87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)		24,35	22,40	20,70
69		87.11.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATE DENTARIE		10,00	9,20	8,50
69		87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica		12,20	11,25	10,40
69		87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)		6,85	6,30	5,85

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69		87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto		26,85	24,70	22,85
69		87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Bilaterale Incluso: esame diretto		33,90	31,20	28,85
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		17,65	16,25	15,00
69		87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto		26,60	24,50	22,65
69		87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)		13,45	12,40	11,45
69		87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)		22,25	20,50	18,95
69		87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni		26,15	24,05	22,25
69		87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)		19,05	17,55	16,20
69	*	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) Esame morfo-dinamico della colonna cervicale	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	21,30	19,60	18,10
69		87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (almeno 2 proiezioni) Esame morfo-dinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale		29,55	27,20	25,15
69	*	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (almeno 2 proiezioni) Radiografia del rachide lombo sacrale o sacroccoccigeo, esame morfo-dinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale.	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.	29,55	27,20	25,15
69		87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico		57,30	52,75	48,70
69		87.35	GALATTOGRAFIA		80,20	73,80	68,20
69		87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)		41,05	37,80	34,90

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69		87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)		27,05	24,90	23,00
69		87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA		35,25	32,45	30,00
69	I	87.37.4	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE		45,00	41,40	38,25
69	I	87.37.5	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE		60,80	55,95	51,70
69		87.38	FISTOLOGRAFIA		59,70	54,95	50,75
69	*	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	COMPRESA TC AD ALTA RISOLUZIONE (HRCT)	132,00	121,45	112,20
69	*	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,00	172,05	158,95
69		87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare		19,65	18,10	16,70
69		87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE Tomografia monolaterale polmonare		13,85	12,75	11,80
69		87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO		16,00	14,75	13,60
69		87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale		29,55	27,20	25,15
69		87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola		22,75	20,95	19,35
69	*	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	21,50	19,80	18,30
69	*	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (4 proiezioni)	Prestazione che comprende anche le eventuali oblique effettuate	34,65	31,90	29,45
69		87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni)		17,65	16,25	15,00
69		87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari		27,50	25,30	23,40
69	H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto		51,65	47,55	43,90
69		87.59.1	COLECISTOGRAFIA Incluso: esame diretto e prova di Bronner		20,00	18,40	17,00
69		87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)		20,05	18,45	17,05
69		87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO		55,60	51,15	47,30
69		87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO		69,90	64,30	59,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	87.63	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	Compresa premedicazione e lo studio a doppio contrasto di esofago, stomaco e duodeno	102,30	94,15	86,95
69	I	87.63.1	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS		102,30	94,15	86,95
69		87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), secondo vie (5 radiogrammi)		12,00	11,05	10,20
69	I *	87.64.1	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	210,00	193,20	178,50
69	I *	87.64.2	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto	Prestazione da eseguire in almeno 2 proiezioni: supino e prono, con sezioni non superiori a 5 mm di spessore.	315,00	289,80	267,75
69		87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE		20,70	19,05	17,60
69		87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO		110,80	101,95	94,20
69		87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO		181,25	166,75	154,10
69	H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO Wirsungrafia		99,10	91,20	84,25
69		87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale		125,05	115,05	106,30
69	I	87.69.2	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)		50,00	46,00	42,50
69		87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO		132,00	121,45	112,20
69	*	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	220,00	202,40	187,00
69		87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto		12,40	11,40	10,55
69		87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto		165,00	151,80	140,25
69	H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Incluso : esame diretto		75,60	69,55	64,30
69	H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Incluso: esame diretto		101,15	93,05	86,00
69		87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA		55,00	50,60	46,75
69	H *	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)	Tale codice può essere utilizzato anche per la sola uretrografia retrograda.	93,20	85,75	79,25
69	*	87.77	CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale	Prestazione effettuata sempre e solo ad integrazione della prestazione 87.73.	52,80	48,60	44,90

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)	Tale prestazione si intende comprensiva della regione vescicale.	22,80	21,00	19,40
69		87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto		165,00	151,80	140,25
69	I	87.83.1	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale		125,00	115,00	106,25
69	*	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni	132,00	121,45	112,20
69	*	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,00	172,05	158,95
69	*	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube.	110,00	101,20	93,50
69	*	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	165,90	152,65	141,05
69	*	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al pube	165,00	151,80	140,25
69	*	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	220,00	202,40	187,00
69	*	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	Codice da utilizzarsi anche per l'esame diretto dei vasi.	34,10	31,40	29,00
69		88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale		29,55	27,20	25,15
69		88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio		29,55	27,20	25,15
69		88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano		21,95	20,20	18,65
69		88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca		22,00	20,25	18,70

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	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.	31,30	28,80	26,60
69	*	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	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.	29,65	27,30	25,20
69	l	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)		20,20	18,60	17,20
69	*	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	Nel caso in cui si effettuino 2 proiezioni utilizzare codice 87.29	35,55	32,70	30,25
69	*	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	Proiezioni a 30°, 60°, 90°.	32,80	30,20	27,90
69	*	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	Prestazione che comprende cranio LL + cervicale LL + dorso-lombare AP ed LL+costale AP + bacino AP + eventuali ossa lunghe. In caso di ulteriori segmenti la prestazione va sempre codificata una volta sola.	138,60	127,55	117,85
69		88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE		24,75	22,80	21,05
69		88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)		110,00	101,20	93,50
69		88.33.1	STUDIO DELL'ETA' OSSEA (1 proiezione) polso - mano o ginocchia		20,20	18,60	17,20
69		88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO		37,10	34,15	31,55
69		88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		55,00	50,60	46,75
69		88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		55,00	50,60	46,75
69	*	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC cervicale o dorsale o lombosacrale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	110,00	101,20	93,50
69	*	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende la prestazione di TC cervicale o dorsale o lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	165,00	151,80	140,25
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]		110,00	101,20	93,50

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
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].	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.	165,00	151,80	140,25
69		88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache		110,00	101,20	93,50
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]		110,00	101,20	93,50
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].	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.	165,00	151,80	140,25
69	*	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c.intraarticolare	165,00	151,80	140,25
69	I *	88.38.9	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	Prestazione effettuata con mezzo di contrasto su singolo distretto e corredata da ricostruzione bidimensionale e tridimensionale	200,00	184,00	170,00
69	I *	88.38.A	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	Prestazione che integra la prestazione 88.38.9 per ogni ulteriore distretto esaminato.	50,00	46,00	42,50
69	I *	88.38.B	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	Integrazione di altra indagine TC presente in nomenclatore	50,00	46,00	42,50
69		88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)		25,75	23,70	21,90
69	H	88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico o dell'aorta addominale		650,00	598,00	552,50
69	H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell'aorta addominale		450,00	414,00	382,50
69	H I *	88.42.3	ANGIOPNEUMOGRAFIA	Anche con iniezione selettiva	650,00	598,00	552,50
69	H	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI		450,00	414,00	382,50
69	H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE Cervicale, dorsale, lombare		100,00	92,00	85,00
69	H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA		100,00	92,00	85,00
69	H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE		100,00	92,00	85,00
69	H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE		100,00	92,00	85,00
69	H	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale		100,00	92,00	85,00
69	H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE		100,00	92,00	85,00
69	H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE		100,00	92,00	85,00
69	H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale		100,00	92,00	85,00
69	H	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale		200,00	184,00	170,00
69	H	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale		250,00	230,00	212,50
69		88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare		36,80	33,85	31,30

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	33,45	30,80	28,45
69	I	88.71.5	ECOGRAFIA ORBITA		33,45	30,80	28,45
69	A *	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	71,80	66,05	61,05
69		88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale		42,25	38,90	35,95
69		88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale		27,50	25,30	23,40
69		88.73.3	ECOGRAFIA TORACICA		42,25	38,90	35,95
69	*	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	Comprensivo di esame bidimensionale. In caso di eco(colo)doppler della mammella monolaterale codificare 88.73.2	36,20	33,30	30,80
69		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		51,65	47,55	43,90
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)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	51,65	47,55	43,90
69		88.74.2	ECO(COLOR) DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI		17,35	16,00	14,75
69		88.74.3	ECO(COLOR) DOPPLER DEL PANCREAS		17,35	16,00	14,75
69		88.74.4	ECO(COLOR) DOPPLER DELLA MILZA		17,35	16,00	14,75
69		88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI		44,00	40,50	37,40
69		88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		37,70	34,70	32,05
69		88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler		19,80	18,25	16,85
69	I	88.75.3	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE		44,00	40,50	37,40
69	*	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	71,10	65,45	60,45
69		88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali		12,80	11,80	10,90
69	I	88.76.3	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI		40,00	36,80	34,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
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		51,65	47,55	43,90
69	I	88.78.A	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE		31,00	28,5	27,35
69		88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione		25,30	23,30	21,50
69		88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO		33,45	30,80	28,45
69		88.79.2	STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca		38,30	35,25	32,55
69		88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE		33,45	30,80	28,45
69	*	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFOGEEA DEL TORACE	Ecoendoscopia eseguita per via transesofagea	55,00	50,60	46,75
69		88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE		36,50	33,60	31,05
69		88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI		36,50	33,60	31,05
69		88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE		51,05	47,00	43,40
69	*	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	Prestazione comprensiva di eventuale studio per via sovrapubica a vescica piena	51,05	47,00	43,40
69	I*	88.79.9	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	Prestazione riferita allo studio delle articolazioni escluso il codice 88.79.2	33,45	30,80	28,45
69	I	88.79.A	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE		55,00	50,60	46,75
69	I*	88.79.B	ECOGRAFIA TRANSPERINEALE	Comprensiva anche di eventuale studio dinamico	44,00	40,50	37,40
69	I*	88.79.C	ECOGRAFIA con m.d.c.	Prestazione da aggiungere, in caso di effettuazione, al singolo esame ecografico effettuato senza m.d.c.	92,00	84,65	78,20
69		88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Scheletro in toto e colonna		10,15	9,35	8,65
69		88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale		10,15	9,35	8,65
69		88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI		10,15	9,35	8,65
69		88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)		16,50	15,20	14,05
69		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC		33,00	30,40	28,05
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		25,00	23,00	21,25
69	I*	88.90.9	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)	Altre endoscopie virtuali con TC o RM effettuate a completamente di altra indagine TC o RM. Prestazione da eseguirsi su richiesta dello specialista	50,00	46,00	42,50
69	*	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni.	210,00	193,20	178,50

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. Utilizzare questa prestazione anche per lo studio di perfusione.	320,00	294,40	272,00
69	*	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno tre sequenze in 2 proiezioni.	188,40	173,35	160,15
69	*	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. 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.	293,50	270,05	249,50
69	*	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	55,00	50,60	46,75
69	*	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	176,00	161,95	149,60
69	*	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso : relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. 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.	286,00	263,15	243,10
69	*	88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.7	200,00	184,00	170,00
69	I*	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita a completamento della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	100,00	92,00	85,00
69	I*	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2	200,00	184,00	170,00
69	I*	88.91.B	SPETTROSCOPIA	Prestazione eseguita <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	150,00	138,00	127,50
69	I*	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	44,00	40,50	37,40
69	I*	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2	160,00	147,20	136,00
69	*	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni	220,00	202,40	187,00
69	*	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	330,00	303,60	280,50
69	*	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.1	55,00	50,60	46,75
69	*	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	Almeno 4 sequenze in 4 proiezioni.	220,00	202,40	187,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	Almeno 5 sequenze in 4 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	330,00	303,60	280,50
69	*	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	55,00	50,60	46,75
69		88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale		165,00	151,80	140,25
69	*	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Monolaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	Almeno 2 sequenze in 2 proiezioni. 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.	240,00	220,80	204,00
69	*	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	165,00	151,80	140,25
69	*	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	240,00	220,80	204,00
69	*	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni	181,70	167,20	154,45
69	*	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. 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.	284,40	261,65	241,75
69	I *	88.93.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) secondo distretto	Prestazione che integra 88.93 o 88.93.1 per l'eventuale secondo distretto esaminato.	181,70	167,20	154,45
69	I *	88.93.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA ulteriore distretto	Prestazione che integra la prestazione 88.93.2 per l'eventuale terzo distretto esaminato.	90,00	82,80	76,50
69	*	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino- RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]	Almeno 4 sequenze in 3 proiezioni. Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati.	176,00	161,95	149,60
69	*	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino-RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore]	Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati. Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni. 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.	286,00	263,15	243,10

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
69	*	88.94.3	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	240,00	220,80	204,00
69	I*	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	320,00	294,40	272,00
69	I*	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA - piccole articolazioni + ginocchio: Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede [caviglia, piede]	Almeno 4 sequenze in 3 proiezioni. Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva dei segmenti individuati.	150,00	138,00	127,50
69	I*	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCELETRICA piccole articolazioni SENZA E CON CONTRASTO - : Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede	Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati. Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. 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.	250,00	230,00	212,50
69	I*	88.94.C	ARTRO-RM (con m.d.c. intra- articolare)	Almeno 3 sequenze in 3 proiezioni.	250,00	230,00	212,50
69	*	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione.	220,00	202,40	187,00
69	*	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezione. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	330,00	303,60	280,50
69	*	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.2	55,00	50,60	46,75
69	*	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezione. Utilizzare questa prestazione anche in caso di RMN del pene.	220,00	202,40	187,00
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	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. 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. Utilizzare questa prestazione anche in caso di RMN del pene.	330,00	303,60	280,50
69	*	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	55,00	50,60	46,75

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
69	I *	88.95.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	330,00	303,60	280,50	
69	I *	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	430,00	395,60	365,50	
69	I *	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	100,00	92,00	85,00	
69	I	88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)		250,00	230,00	212,50	
69		88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia		24,20	22,30	20,60	
69		88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale		34,65	31,90	29,45	
69		88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body		34,65	31,90	29,45	
69		88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC Lombare		55,00	50,60	46,75	
69		88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI		19,35	17,80	16,45	
69	I	88.99.6	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA		35,00	32,20	29,75	
69		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00	
69		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00	
70		0	RADIOTERAPIA					
70		38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC		36,95	34,00	31,40	
70		38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM		59,10	54,40	50,25	
70		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC		33,00	30,40	28,05	
70	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	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	20,00	20,00	20,00	
70	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - visita radioterapica pretrattamento- stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si considera visita radioterapica pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	40,00	40,00	40,00	
70	I *	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	Consiste nella scelta dei parametri fondamentali del trattamento: bersaglio, dosi, frazionamento, ecc.	29,55	27,20	25,15	
70		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00	
70	*	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	Per seduta e per focolaio. La voce Roentgenterapia comprende anche la voce Plesioterapia	18,10	16,65	15,40	
70		92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	24,95	22,95	21,20	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
70		92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	30,00	27,60	25,50
70		92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	59,40	54,65	50,50
70		92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	41,25	37,95	35,10
70		92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	Per seduta e per focolaio trattato.	59,40	54,65	50,50
70		92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	Sino a dieci sedute. Per seduta e per focolaio trattato.	89,10	82,00	75,75
70	*	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta	Trattamento eseguito con hardware e software dedicati, con le seguenti caratteristiche: - sistema di immobilizzazione riposizionabile (caschi stereotassici riposizionabili con sistema di fissaggio del capo oppure sistemi con cuscini a vuoto d'aria contenuti in body frame stereotassici); - localizzatore stereotassico solidale con il sistema di immobilizzazione; - sistema di collimazione secondaria con collimatori ad apertura circolare o collimatore micro-multilamellare (spessore delle lamelle < o uguale 5 mm all'isocentro);	3.400,00	3.128,00	2.890,00
70	*	92.24.4		- trattamento con tecnica ad archi multipli convergenti su uno o più isocentri o con fasci statici non coplanari in numero adeguato (>o uguale a 4) convergenti su uno o più isocentri; - calcolo 3D della distribuzione della dose al volume bersaglio. Comprende tutte le procedure di localizzazione e la prima seduta di trattamento.	3.400,00	3.128,00	2.890,00
70	I*	92.24.A	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive	Ogni seduta successiva	150,00	138,00	127,50
70	I*	92.24.B	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO	Per seduta e per focolaio trattato.	200,00	184,00	170,00
70	*	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	Per seduta e per focolaio trattato. Per "continuità" in questa prestazione si intende quella geometrica e non anatomica. Ad esempio: le catene linfonodali spinali del collo, se vengono trattate bilateralmente con due campi di elettroni, costituiscono due focolai	44,20	40,70	37,60
70	*	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/ TSEBI)	Per seduta	150,00	138,00	127,50
70		92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	320,75	295,10	272,65
70		92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE		502,35	462,20	427,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
70		92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	165,15	151,95	140,40
70		92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR)	Per seduta e per focolaio trattato	424,10	390,20	360,50
70		92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	Per seduta e per focolaio trattato	59,40	54,65	50,50
70		92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		77,75	71,55	66,10
70		92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		16,35	15,05	13,90
70		92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		207,00	190,45	175,95
70		92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq		605,85	557,40	515,00
70		92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi		252,45	232,25	214,60
70	*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	La prestazione e' indicata in presenza di dolore osseo non dominabile mediante terapia con antagonisti del testosterone ne' mediante radioterapia esterna e solo dopo prescrizione dello specialista oncologo. La tariffa si riferisce all'intero trattamento	950,30	874,30	807,75
70	*	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con simulatore radiologico (intero trattamento)	La simulazione comporta: 1 - lo studio radioscopico del volume corporeo da irradiare 2 - la determinazione sulla superficie corporea dei punti di reperi necessari all'irradiazione; 3 - l'acquisizione delle immagini ritenute necessarie a documentare la tecnica. La specificazione "intero trattamento" deve essere intesa come l'insieme delle terapie eseguite su un definito focolaio: ogni modifica del focolaio considerato (contemplato in numerosi protocolli di trattamento, ad esempio una sovradosa su un volume ridotto) comporta l'inizio di un nuovo trattamento. L'eventuale iniezione del mezzo di contrasto va codificata a parte (38.99.1).	62,40	57,40	53,05
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)		112,85	103,85	95,95
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)		148,50	136,65	126,25
70	*	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.	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.	27,45	25,25	23,35
70	*	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	L'esecuzione della prestazione prevede anche il computo della dose assoluta e, quindi, va codificato anche 92.29.4. Si applica il codice 92.29.5 anche in caso di utilizzo RM. Nel caso si utilizzino entrambe le tecniche, entrambe vengono codificate.	103,95	95,65	88,35

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
70	*	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO Controllo fisico della ripetibilità del trattamento.	E' compreso in questo gruppo ogni singolo gruppo di misura di dosimetria in vivo	12,80	11,80	10,90
70	*	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	Va codificato ogni singolo schermo confezionato, esclusi gli schermi standard. In questa voce viene compreso l'uso dei collimatori "multilift", codificando ogni distinta conformazione utilizzata nel corso del trattamento. Per i trattamenti con movimento continuo delle lamelle va codificato uno schermo per ogni posizione discreta utilizzata dal TPS per il calcolo della distribuzione della dose. Il codice va utilizzato per tutti i trattamenti con campi sagomati, da quelli semplici con campi singoli o contrapposti fino ai trattamenti conformazionali 3D. Non va invece utilizzato per l'IMRT per la quale è prevista apposita codifica delle sedute (92.24.B).	54,65	50,30	46,45
70	*	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)	Si intende qualunque manufatto personalizzato (es. maschere, schiume, sistemi a vuoto spinto) o apparecchiatura graduata che consenta la perfetta immobilizzazione e ripetitività del posizionamento.	116,65	107,35	99,15
70	*	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	E' da codificare ogni singolo filtro confezionato, esclusi i filtri standard. Nella voce è compreso il bolus personalizzato.	100,00	92,00	85,00
70	I	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO Con apparecchio ecografico (intero trattamento)		30,00	27,60	25,50
70	I*	92.30.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE		250,00	230,00	212,50
70	I*	92.30.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC		1.250,00	1.150,00	1.062,50
70	I*	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	Lo studio dosimetrico viene eseguito su sezioni corporee ottenute mediante pantografi, profilatori meccanici od ottici	71,30	65,60	60,60
70	I	92.31.1	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica		350,00	322,00	297,50
70	I	92.31.2	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia		103,95	95,65	88,35
70	I	92.31.3	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per brachiterapia 3D		200,00	184,00	170,00
70	I	92.31.4	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale		250,00	230,00	212,50
70	I*	92.40	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA	Comprende tutti gli esami TC eseguiti nel corso del trattamento per la valutazione della risposta o per il controllo del posizionamento (image guided radiotherapy), nonché il controllo finale al termine della RT.	120,00	110,40	102,00
70	I*	92.40.1	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	80,00	73,60	68,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
70	I*	92.40.2	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA	Contornamento mediante elaboratore per ogni studio dosimetrico	170,00	156,40	144,50
70	I*	92.40.3	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI	Per l'intero trattamento	200,00	184,00	170,00
70	I*	92.40.4	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico	E' compreso in questo gruppo ogni singolo portal film o immagine portale o controllo mediante ultrasuoni o mediante sistemi di tracking ottico ogni volta che vengono effettuati e per ogni campo.	20,00	18,40	17,00
70	*	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE [ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore.	Per seduta e per focolaio trattato.	123,95	114,05	105,35
70	I*	99.85.1	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO	Per seduta e per focolaio trattato.	65,00	59,80	55,25
70	I*	99.85.2	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE	per seduta e per focolaio trattato escluse operazione di medicazione, di molage e di misura dosimetrica da tariffarsi a parte.	173,00	159,20	147,05
71		0	REUMATOLOGIA				
71		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita.		30,00	30,00	30,00
71		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI- Storia e valutazione abbreviata. Visita successiva alla prima.		20,00	20,00	20,00
71	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Valuazione morfofunzionale delle articolazioni e dell'attività di malattia in paziente reumatico in trattamento con farmaci biotecnologici, raccolta dati anamnestici, monitoraggio terapia, informazione, accoglienza, impostazione del percorso diagnostico-terapeutico, rilascio piano terapeutico, inserimento dati nell'Archivio Regionale, aggiornamento cartella clinica ambulatoriale e compilazione referto per il MMG.	40,00	40,00	40,00
71		81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO		27,90	25,70	23,75
71		38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA-CAPILLAROSCOPIA		84,80	78,05	72,10
71		99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA		13,40	12,35	11,40
71	I*	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA DI FARMACI BIOTECNOLOGICI		11,20	10,30	9,55
79		0	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA				
79	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI	Visita dietologica di controllo, senza elaborazione del programma nutrizionale, inclusa la revisione della terapia dietetica	20,00	20,00	20,00
79	*	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	Per valutazione BEE (consumo calorico basale) tramite calorimetro. Comprende: - impostazione apparecchiatura, inserimento dati - applicazione canopy - controllo in corso di acquisizione dei dati	80,20	73,80	68,20

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
79	*	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	Visita dietologica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - anamnesi clinica e stato di nutrizione - inquadramento diagnostico - esame obiettivo - valutazione clinica stato di nutrizione - elaborazione programma nutrizionale - programmazione follow-up e stesura relazione	30,00	30,00	30,00
79	I*	99.93	TERAPIA DIETETICA	Valutazione dietistica per nutrizione per via orale o artificiale; comprende: - compilazione cartella dietetica - rilevazione dati antropometrici - anamnesi alimentare pregressa e attuale - valutazione gusti/preferenze/abitudini alimentari - stesura programma nutrizionale con alimenti naturali e/o artificiali - calcolo, elaborazione ed esposizione al paziente del programma nutrizionale personalizzato	11,90	10,95	10,15
79	I*	99.93.1	CONTROLLO TERAPIA DIETETICA	Valutazione dietistica di controllo finalizzata a: - stesura di programma nutrizionale, incluso il controllo terapia dietetica - rilevazione e calcolo dell'anamnesi alimentare - per bilancio (idrico, azotato, salino) o tramite food meter o programmi analoghi	8,95	8,25	7,60
79	I	99.93.2	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPorea con metodo antropometrico e plicometrico		8,95	8,25	7,60
79	I*	99.93.3	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPorea con metodica BIA (Impedenzometria)	Puo' essere eseguita con metodica in mono o multifrequenza, ques'ultima fornisce risultati piu' specifici e predittivi	14,85	13,70	12,65
79	I*	99.93.4	POSIZIONAMENTO SONDA NASO- ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE	Verifica del corretto posizionamento con metodo diretto (insufflazione di aria nello stomaco) o controllo radiografico in casi dubbi. In caso di introduzione post-pilorica (durante manovra in brillanza o endoscopia) e' d'obbligo il controllo Rx addome (codifica 88.19)	8,95	8,25	7,60
79	I*	99.93.5	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	Per manovre di riparazione e/o disostruzione. Per riparazione si intende la sostituzione di parti lesionate con apposito kit di riparazione (parte esterna del catetere). La disostruzione puo' essere effettuata con somministrazione diretta di alcool, farmaci proteolitici, guida angiografica sotto controllo fluoroscopico.	17,85	16,45	15,20
79	I	99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA		4,50	4,15	3,85
79	I*	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Sostituzione di parti lesionate con appositi kit di riparazione. Disostruzione con somministrazione di acqua e/o aria con siringa di grosso calibro o con farmaci proteolitici.	8,95	8,25	7,60
82		0	ANESTESIA				

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO			
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3	
82	H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento		147,75	135,95	125,60	
82	H	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		59,40	54,65	50,50	
82	H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesi per intervento		17,85	16,45	15,20	
82	H	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		110,80	101,95	94,20	
82	H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -		184,65	169,90	156,95	
82	*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento del singolo distretto	3,55	3,30	3,05	
82	*	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta	La prestazione si riferisce a patologie trattabili ambulatorialmente e prevede 60 minuti per seduta.	95,05	87,45	80,80	
82		94.32	IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia		17,85	16,45	15,20	
82	*	99.29.7	MESOTERAPIA -	Da considerarsi per singola seduta	15,00	13,80	12,75	
82		99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA -		11,20	10,30	9,55	
82		99.92	ALTRA AGOPUNTURA - Escluso:quella con moxa revulsivante (93.35.1)		9,80	9,05	8,35	
82		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00	
82		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00	
98		0	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-					
98		89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		15,75	14,50	13,40	
98		90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO		19,30	17,75	16,40	
98		90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)		12,55	11,55	10,70	
98		90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]		12,60	11,60	10,75	
98		90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]		13,40	12,35	11,40	
98		90.01.5	ACIDI BILIARI		10,80	9,95	9,20	
98		90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)		18,80	17,30	16,00	
98	R	90.02.2	ACIDO CITRICO		6,20	5,70	5,30	
98		90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)		14,45	13,30	12,30	
98		90.02.4	ACIDO IPPURICO		8,80	8,10	7,50	
98		90.02.5	ACIDO LATTICO		6,30	5,80	5,35	
98		90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)		11,70	10,80	9,95	
98		90.03.2	ACIDO PIRUVICO		6,00	5,55	5,10	
98	R	90.03.3	ACIDO SIALICO		16,40	15,10	13,95	

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.03.4	ACIDO VALPROICO		10,95	10,10	9,30
98		90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)		24,25	22,35	20,65
98	R	90.04.1	ADIURETINA (ADH)		36,60	33,70	31,15
98	R	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]		45,80	42,15	38,95
98	R	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]		45,80	42,15	38,95
98		90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA		6,15	5,65	5,25
98		90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]		1,60	1,50	1,40
98	IR	90.04.6	CROMOGRANINA A		30,00	27,60	25,50
98	IR	90.04.7	METANEFINE FRAZIONATE		50,00	46,00	42,50
98		90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]		3,05	2,80	2,60
98		90.05.2	ALDOLASI [S]		3,30	3,05	2,80
98		90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]		17,20	15,85	14,65
98		90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]		7,45	6,85	6,35
98		90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]		12,70	11,70	10,80
98	I	90.05.6	PREALBUMINA		6,00	5,55	5,10
98		90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]		15,20	14,00	12,95
98		90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]		21,70	20,00	18,45
98		90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA		8,40	7,75	7,15
98		90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]		2,90	2,70	2,50
98		90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)		6,15	5,65	5,25
98	R	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]		10,70	9,85	9,10
98	R	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]		4,10	3,80	3,50
98	R	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]		15,15	13,95	12,90
98		90.07.4	AMITRIPTILINA		8,65	7,95	7,35
98		90.07.5	AMMONIO [P]		10,70	9,85	9,10
98	IR	90.07.6	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)		10,00	9,20	8,50
98	I	90.07.7	OMOCISTEINA (HPLC- Cromatografia liquida)		30,00	27,60	25,50
98		90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]		14,75	13,60	12,55
98		90.08.2	ANGIOTENSINA II		16,40	15,10	13,95
98		90.08.3	ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.		8,65	7,95	7,35
98		90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA		7,20	6,65	6,15
98		90.08.5	APOLIPOPROTEINA B		7,00	6,45	5,95
98	I	90.08.6	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE		4,65	4,30	3,95
98		90.09.1	APTOGLOBINA		5,50	5,10	4,70
98		90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]		1,60	1,50	1,40
98		90.09.3	BARBITURICI		9,45	8,70	8,05
98		90.09.4	BENZODIAZEPINE		10,40	9,60	8,85
98		90.09.5	BENZOLO		10,85	10,00	9,25
98		90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]		12,70	11,70	10,80
98		90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)		0,85	0,80	0,75
98		90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)		1,05	1,00	0,90
98		90.10.4	BILIRUBINA TOTALE		1,50	1,40	1,30
98		90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA		1,85	1,70	1,60
98	I R	90.10.6	BIOTINIDASI		12,70	11,70	10,80
98		90.11.1	C PEPTIDE		13,65	12,55	11,60
98		90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)		56,80	52,25	48,30
98	R	90.11.3	CADMIO		10,70	9,85	9,10
98		90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]		1,55	1,45	1,35
98		90.11.5	CALCITONINA		17,15	15,80	14,60
98	I	90.11.6	CALCIO IONIZZATO		6,30	5,80	5,35

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)		11,85	10,90	10,10
98		90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		6,30	5,80	5,35
98		90.12.3	CARBAMAZEPINA		15,75	14,50	13,40
98		90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE		18,90	17,40	16,10
98		90.12.5	CERULOPLASMINA		6,70	6,20	5,70
98		90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]		6,40	5,90	5,45
98	*	90.13.2	CICLOSPORINA	Applicabile anche per dosaggio con metodo immunochimico di altri farmaci immunosoppressori.	19,15	17,65	16,30
98		90.13.3	CLORURO [S/U/dU]		1,50	1,40	1,30
98		90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)		9,95	9,15	8,45
98		90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]		10,70	9,85	9,10
98		90.14.1	COLESTEROLO HDL		2,20	2,05	1,90
98		90.14.2	COLESTEROLO LDL		0,90	0,85	0,80
98		90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		1,50	1,40	1,30
98		90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)		1,85	1,70	1,60
98		90.14.5	COPROPORFIRINE		7,55	6,95	6,45
98		90.15.1	CORPI CHETONICI		0,95	0,90	0,80
98		90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]		24,20	22,30	20,60
98	*	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	12,55	11,55	10,70
98		90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)		2,35	2,20	2,00
98		90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)		4,40	4,05	3,75
98	I R	90.15.6	CORTICOSTEROIDI : ALTRI		12,55	11,55	10,70
98		90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI		3,30	3,05	2,80
98		90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME		14,80	13,65	12,60
98		90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]		1,55	1,45	1,35
98		90.16.4	CREATININA CLEARANCE		2,10	1,95	1,80
98	R	90.16.5	CROMO		10,70	9,85	9,10
98	I	90.16.6	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)		7,60	7,00	6,50
98		90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)		12,60	11,60	10,75
98		90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)		18,15	16,70	15,45
98		90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE		11,35	10,45	9,65
98		90.17.4	DESIPRAMINA		8,65	7,95	7,35
98		90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)		26,95	24,80	22,90
98	I	90.18.A	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)		7,05	6,50	6,00
98	R I	90.18.B	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)		29,90	27,50	25,45
98	R I	90.18.C	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico		50,00	46,00	42,5
98		90.18.1	DOPAMINA [S/U]		15,70	14,45	13,35
98		90.18.2	DOXEPINA		8,65	7,95	7,35
98		90.18.3	DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, ecstasy, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)		7,05	6,50	6,00
98		90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)		21,70	20,00	18,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	90.18.5	ERITROPOIETINA		20,80	19,15	17,70
98		90.19.A	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)		7,05	6,50	6
98		90.19.B	CDT (METODICHE SEPARATIVE (S)		22,00	20,25	18,70
98	IR	90.19.C	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico		29,90	27,50	25,45
98		90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI		6,40	5,90	5,45
98		90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]		15,35	14,15	13,05
98		90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]		9,10	8,40	7,75
98		90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO		10,85	10,00	9,25
98		90.19.5	ESTRONE (E1)		17,80	16,40	15,15
98	IR	90.19.6	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)		22,00	20,25	18,70
98		90.20.1	ETANOLO		6,80	6,25	5,80
98		90.20.2	ETOSUCCIMIDE		10,70	9,85	9,10
98		90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.		10,70	9,85	9,10
98		90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.		8,55	7,90	7,30
98		90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.		11,00	10,15	9,35
98	I	90.20.6	FENOBARBITAL		13,10	12,05	11,15
98	I	90.20.7	FARMACI : ALTRI		13,10	12,05	11,15
98	I *	90.20.8	FARMACI:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/Cap/altro materiale biologico		25,00	23,00	21,25
98		90.21.1	FARMACI DIGITALICI		13,10	12,05	11,15
98	R	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE		10,80	9,95	9,20
98		90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)		5,80	5,35	4,95
98		90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO		4,60	4,25	3,95
98	R	90.21.5	FENILALANINA		4,10	3,80	3,50
98	I R	90.21.6	FECI : DOSAGGIO GRASSI		12,80	11,80	10,90
98	I	90.21.7	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI		4,60	4,25	3,95
98	I	90.21.8	FECI : POTERE TRIPTICO		4,60	4,25	3,95
98	I	90.21.9	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI		25,85	23,80	22,00
98	I	90.21.A	ELASTASI FECALE		20,00	18,40	17,00
98	I R *	90.21.B	BNP	La voce si applica anche per PRO-BNP.	25,00	23,00	21,25
98		90.22.1	FENITOINA		12,80	11,80	10,90
98		90.22.2	FENOLO [U]		4,30	3,95	3,65
98		90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]		10,70	9,85	9,10
98		90.22.4	FERRO [dU]		8,00	7,40	6,80
98		90.22.5	FERRO [S]		1,85	1,70	1,60
98	R	90.23.1	FLUORO		7,40	6,80	6,30
98		90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]		10,70	9,85	9,10
98		90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]		12,20	11,25	10,40
98		90.23.4	FOSFATASI ACIDA		2,10	1,95	1,80
98		90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		1,65	1,55	1,40
98		90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO		12,40	11,40	10,55
98		90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)		13,35	12,30	11,35
98		90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]		1,90	1,75	1,65
98	R	90.24.4	FOSFOESOSISOMERASI (PHI)		1,30	1,20	1,10
98		90.24.5	FOSFORO		1,20	1,10	1,05
98	R	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]		3,75	3,45	3,20
98	R	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]		4,90	4,50	4,20
98		90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)		8,15	7,50	6,95
98		90.25.4	GALATTOSIO [S/U]		2,50	2,30	2,15

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]		1,50	1,40	1,30
98		90.26.1	GASTRINA [S]		13,70	12,60	11,65
98		90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)		8,80	8,10	7,50
98		90.26.3	GLUCAGONE [S]		9,80	9,05	8,35
98		90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)		2,90	2,70	2,50
98		90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)		5,60	5,15	4,80
98		90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]		1,55	1,45	1,35
98		90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]		13,95	12,85	11,85
98		90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U])		7,80	7,20	6,65
98		90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]		14,85	13,70	12,65
98		90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)		16,80	15,45	14,30
98	I R	90.27.6	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)		12,00	11,05	10,20
98	I R	90.27.7	Inibina A (InhA)		20,00	18,40	17,00
98		90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA		12,50	11,50	10,65
98		90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]		21,00	19,35	17,85
98		90.28.3	IMIPRAMINA		16,80	15,45	14,30
98		90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]		10,95	10,10	9,30
98		90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)		36,00	33,15	30,60
98		90.29.1	INSULINA [S]		11,35	10,45	9,65
98		90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]		1,55	1,45	1,35
98		90.29.3	LATTE MULIERBE		4,70	4,35	4,00
98		90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]		3,00	2,80	2,55
98		90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]		4,20	3,90	3,60
98	I	90.29.6	LEUCOTRIENI		18,45	17,00	15,70
98	IR	90.29.7	LEPTINA		30,00	27,60	25,50
98		90.30.1	LEVODOPA		8,65	7,95	7,35
98		90.30.2	LIPASI [S]		3,80	3,50	3,25
98		90.30.3	LIPOPROTEINA (a)		16,05	14,80	13,65
98		90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E		4,70	4,35	4,00
98		90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI		1,25	1,15	1,10
98		90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)		13,40	12,35	11,40
98		90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA		20,80	19,15	17,70
98		90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS		1,25	1,15	1,10
98		90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'		4,95	4,55	4,20
98		90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'		8,95	8,25	7,60
98		90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E		3,05	2,80	2,60
98		90.32.2	LITIO [P]		4,90	4,50	4,20
98		90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]		12,10	11,15	10,30
98		90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)		65,75	60,50	55,90
98		90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]		2,00	1,85	1,70

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	I	90.33.A	Calprotectina fecale		25,00	23,00	21,25
98	R	90.33.1	MANGANESE [S]		12,50	11,50	10,65
98		90.33.2	MEPROBAMATO		8,65	7,95	7,35
98	R	90.33.3	MERCURIO		10,70	9,85	9,10
98		90.33.4	MICROALBUMINURIA		5,50	5,10	4,70
98		90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]		8,95	8,25	7,60
98	I	90.33.6	MARKER TUMORALI :ALTRI		12,50	11,50	10,65
98	IR	90.33.7	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE		10,60	9,75	9,05
98	IR	90.33.8	MARKERS DI TURNOVER OSSEO : ALTRI		25,00	23,00	21,25
98	IR	90.33.9	IGF-BP3		15,00	13,80	12,75
98		90.34.1	NEOPTERINA		12,85	11,85	10,95
98	R	90.34.2	NICHEL		11,95	11,00	10,15
98		90.34.3	NORTRIPTILINA		6,40	5,90	5,45
98	R	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO		8,15	7,50	6,95
98		90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]		12,95	11,95	11,00
98	I	90.34.6	OSMOLALITA' [P/U]		4,10	3,80	3,50
98		90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]		12,50	11,50	10,65
98		90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (5) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)		38,90	35,80	33,10
98		90.35.3	OSSALATI [U]		10,55	9,70	9,00
98		90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)		29,90	27,50	25,45
98		90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]		24,75	22,80	21,05
98		90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]		7,40	6,80	6,30
98		90.36.2	pH EMATICO		8,80	8,10	7,50
98		90.36.3	PIOMBO [S/U]		23,85	21,95	20,30
98		90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]		11,80	10,85	10,05
98		90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)		7,40	6,80	6,30
98		90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)		15,70	14,45	13,35
98		90.37.2	PORFIBILINOGENO [U]		7,00	6,45	5,95
98		90.37.3	POST COITAL TEST		3,30	3,05	2,80
98		90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]		1,50	1,40	1,30
98		90.37.5	PRIMIDONE		13,65	12,55	11,60
98		90.38.1	PROGESTERONE [S]		14,65	13,50	12,45
98		90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]		11,40	10,50	9,70
98		90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5)		33,15	30,50	28,20
98		90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		5,50	5,10	4,70
98		90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]		1,50	1,40	1,30
98	I	90.38.6	PROSTAGLANDINE		18,45	17,00	15,70
98	I	90.38.7	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO		12,80	11,80	10,90
98		90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		5,50	5,10	4,70
98		90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA		9,10	8,40	7,75
98	R	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI		12,40	11,40	10,55
98	R	90.39.4	RAME [S/U]		5,85	5,40	5,00
98		90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI		24,95	22,95	21,20
98		90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE		20,70	19,05	17,60
98		90.40.2	RENINA [P]		30,40	28,00	25,85
98	R	90.40.3	SELENIO		8,15	7,50	6,95
98		90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]		1,50	1,40	1,30
98		90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO		5,50	5,10	4,70
98	I R	90.40.6	SEROTONINA [S/P/Ps/U]		18,80	17,30	16,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	I R	90.40.7	SOLFATI		6,30	5,80	5,35
98	I	90.40.8	SOMATOMEDINA		15,00	13,80	12,75
98		90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na ⁺ e K ⁺)		1,05	1,00	0,90
98		90.41.2	TEOFILLINA		12,95	11,95	11,00
98		90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]		14,30	13,15	12,15
98		90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO		18,60	17,15	15,85
98		90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)		18,45	17,00	15,70
98		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)		13,70	12,60	11,65
98		90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)		27,35	25,20	23,25
98		90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)		10,70	9,85	9,10
98		90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)		4,70	4,35	4,00
98		90.42.5	TRANSFERRINA [S]		6,10	5,65	5,20
98	I R	90.42.6	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT		18,45	17,00	15,70
98	I R	90.42.7	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT		18,45	17,00	15,70
98	I R	90.42.8	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA		15,00	13,80	12,75
98	R *	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).	La tariffa è comprensiva di tutti e tre i dosaggi	31,30	28,80	26,60
98		90.43.2	TRIGLICERIDI		2,45	2,25	2,10
98		90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)		10,80	9,95	9,20
98		90.43.4	TRIPSINA [S/U]		12,35	11,40	10,50
98		90.43.5	URATO [S/U/dU]		1,55	1,45	1,35
98	I R *	90.43.6	TEST COMBINATO (f-]-hCG+PAPP- A)	Da eseguirsi nel 1° trimestre di gravidanza	26,00	23,95	22,10
98	I R *	90.43.7	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi nel 2° trimestre di gravidanza	52,75	48,55	44,85
98	I R *	90.43.8	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP-A+AFP+hCG+uE3+InhA)	Da eseguirsi al 1° e al 2° trimestre di gravidanza. La tariffa è comprensiva dei due prelievi.	64,75	59,60	55,05
98		90.44.1	UREA [S/P/U/dU]		1,65	1,55	1,40
98		90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS		4,60	4,25	3,95
98		90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		4,60	4,25	3,95
98		90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)		0,85	0,80	0,75
98		90.44.5	VITAMINA D		19,15	17,65	16,30
98	R	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO		12,30	11,35	10,45
98	R	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO		12,30	11,35	10,45
98		90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)		7,75	7,15	6,60
98		90.45.4	ZINCO [S/U]		7,40	6,80	6,30
98		90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]		10,05	9,25	8,55
98	I	90.45.6	SORBITOLO: DETERMINAZIONE		7,00	6,45	5,95
98		90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO		8,80	8,10	7,50
98	*	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	Per diagnosi di diatesi emorragiche	10,35	9,55	8,80
98		90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)		6,05	5,60	5,15
98		90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA		6,05	5,60	5,15
98		90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B		4,95	4,55	4,20
98		90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)		17,35	16,00	14,75
98	R	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO		13,45	12,40	11,45
98		90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)		14,80	13,65	12,60
98		90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)		9,85	9,10	8,40

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)		13,45	12,40	11,45
98		90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO		14,00	12,90	11,90
98		90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)		2,10	1,95	1,80
98		90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)		9,85	9,10	8,40
98		90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)		22,25	20,50	18,95
98		90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE		28,60	26,35	24,35
98		90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		10,95	10,10	9,30
98		90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII		13,45	12,40	11,45
98		90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)		13,45	12,40	11,45
98	I	90.49.6	ANTICORPI ANTIENDOMISIO		15,70	14,45	13,35
98	I R	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI		15,70	14,45	13,35
98	I R	90.49.8	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno		18,25	16,80	15,55
98	I	90.49.9	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI		22,25	20,50	18,95
98	I	90.49.A	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI		13,95	12,85	11,85
98	I R *	90.49.B	ANTICORPI ANTI CAG-A	Applicabile anche per altri autoanticorpi di nuova introduzione.	25,00	23,00	21,25
98	R	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)		42,20	38,85	35,90
98	R	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)		42,20	38,85	35,90
98	R	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)		24,70	22,75	21,00
98	R	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)		22,15	20,40	18,85
98		90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)		10,15	9,35	8,65
98		90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		14,35	13,20	12,20
98		90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI		49,30	45,35	41,90
98	R	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG		13,45	12,40	11,45
98		90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)		13,45	12,40	11,45
98		90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)		9,95	9,15	8,45
98		90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)		11,35	10,45	9,65
98		90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)		8,95	8,25	7,60
98		90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)		8,95	8,25	7,60
98		90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)		11,60	10,70	9,90
98		90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO		17,10	15,75	14,55
98		90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO		8,80	8,10	7,50
98		90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE		50,40	46,40	42,85
98		90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE		103,80	95,50	88,25
98		90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE		29,80	27,45	25,35
98		90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH		29,80	27,45	25,35
98	I	90.53.6	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI		29,80	27,45	25,35

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)		10,15	9,35	8,65
98		90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)		10,15	9,35	8,65
98		90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE		8,80	8,10	7,50
98		90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)		14,95	13,75	12,70
98		90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI		8,20	7,55	7,00
98		90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)		21,85	20,10	18,60
98		90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)		21,30	19,60	18,10
98		90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)		19,35	17,80	16,45
98		90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)		18,25	16,80	15,55
98		90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)		18,25	16,80	15,55
98		90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)		21,70	20,00	18,45
98		90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)		14,25	13,15	12,15
98		90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)		12,50	11,50	10,65
98		90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)		21,70	20,00	18,45
98		90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)		12,50	11,50	10,65
98	I	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)		14,25	13,15	12,15
98	I	90.56.7	ANTIGENE TPS		21,70	20,00	18,45
98		90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)		25,95	23,90	22,05
98	R	90.57.2	ANTIGENI EROITROCITARI CD55/CD59		20,15	18,55	17,15
98		90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	20,50	18,90	17,45
98		90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI		49,60	45,65	42,20
98		90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE		6,10	5,65	5,20
98		90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)		21,70	20,00	18,45
98		90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI EROITROCITI [Test di Coombs diretto]		8,10	7,45	6,90
98	*	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	Per inquadramento diagnostico in condizioni di iperaggregazione piastrinica	10,80	9,95	9,20
98		90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]		4,75	4,40	4,05
98		90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI		28,75	26,45	24,45
98		90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL		26,35	24,25	22,40
98		90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK		26,35	24,25	22,40
98		90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK		22,85	21,05	19,45
98		90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)		110,50	101,70	93,95
98	I R	90.59.5	COFATTORE RISTOCETINICO		16,40	15,10	13,95
98		90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)		7,30	6,75	6,20
98		90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)		7,80	7,20	6,65

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO		425,35	391,35	361,55
98	R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE TRAPIANTO	Da utilizzare per qualunque crioconservazione di siero.	2,90	2,70	2,50
98	R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	38,75	35,65	32,95
98	IR	90.60.6	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	425,35	391,35	361,55
98		90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA		2,10	1,95	1,80
98		90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE		13,75	12,65	11,70
98		90.61.3	CYFRA 21-1		24,95	22,95	21,20
98		90.61.4	D-DIMERO (EIA)		10,05	9,25	8,55
98		90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)		8,40	7,75	7,15
98	I H	90.61.6	DROGHE D'ABUSO :ALTRE (Immunometrico)		7,05	6,50	6,00
98	I H	90.61.7	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO per le seguenti sostanze e matrici biologiche: amfetamine, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, cannabinoidi, cocaina, LSD, oppiacei, fenciclidina, propossifene, nicotina, caffeina, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)		29,90	27,50	25,45
98		90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA		1,20	1,10	1,05
98		90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		4,90	4,50	4,20
98		90.62.3	EMOLISINA BIFASICA		14,25	13,15	12,15
98		90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI		18,25	16,80	15,55
98		90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]		2,95	2,75	2,50
98		90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)		13,00	12,00	11,05
98		90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)		7,90	7,30	6,75
98		90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche .		24,55	22,60	20,90
98		90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)		4,40	4,05	3,75
98		90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE		22,15	20,40	18,85

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA		28,20	25,95	24,00
98		90.64.2	FATTORE REUMATOIDE		5,60	5,15	4,80
98		90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)		16,85	15,50	14,35
98	H	90.64.4	FENOTIPO Rh		12,50	11,50	10,65
98		90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]		15,95	14,70	13,55
98		90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE		3,10	2,85	2,65
98	*	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	10,80	9,95	9,20
98	H	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)		9,15	8,45	7,80
98	H	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo		6,10	5,65	5,20
98	R	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO		127,60	117,40	108,50
98		90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]		2,10	1,95	1,80
98		90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2		11,35	10,45	9,65
98		90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)		4,70	4,35	4,00
98		90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)		16,90	15,55	14,40
98	R	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE		16,35	15,05	13,90
98	R	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)		15,15	13,95	12,90
98		90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]		2,10	1,95	1,80
98	R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1 siero/30 soggetti)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	102,30	94,15	86,95
98		90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]		8,65	7,95	7,35
98	IR	90.67.6	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)		128,00	117,80	108,80
98	IR	90.67.7	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)		22,00	20,25	18,70
98	IR	90.67.8	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato		8,00	7,40	6,80
98	*	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)	La tariffa si intende per singolo allergene e la ricetta può contenere fino a 8 prescrizioni.	10,00	9,20	8,50
98		90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO		14,20	13,10	12,10
98		90.68.3	IgE TOTALI		13,10	12,05	11,15
98		90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)		18,25	16,80	15,55
98		90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE		19,30	17,75	16,40
98	I	90.68.6	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]		27,35	25,20	23,25
98	I R	90.68.7	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI		22,50	20,70	19,15
98	I	90.68.8	TRYPTASI		19,00	17,48	16,15
98	R	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI		9,25	8,55	7,90
98		90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE		34,95	32,15	29,70
98		90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE		19,30	17,75	16,40

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)		6,90	6,35	5,90
98	*	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	Per diagnosi di trombofilia	11,35	10,45	9,65
98	I	90.69.6	IgD (Immunoglobine D)		15,50	14,30	13,20
98	R	90.70.1	INTERFERONE		26,95	24,80	22,90
98	R	90.70.2	INTERLEUCHINA 2		23,10	21,25	19,65
98		90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)		6,55	6,05	5,60
98		90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]		5,15	4,75	4,40
98		90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]		1,20	1,10	1,05
98	I R	90.70.6	INTERLEUCHINE : ALTRE		23,10	21,25	19,65
98	I R	90.70.7	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO		425,35	391,35	361,55
98		90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]		5,60	5,15	4,80
98	R	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)		8,35	7,70	7,10
98		90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]		1,50	1,40	1,30
98		90.71.4	PINK TEST		3,30	3,05	2,80
98	R	90.71.5	PLASMINOGENO		13,75	12,65	11,70
98	I	90.71.6	PESPINOGENO		12,35	11,40	10,50
98		90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]		10,70	9,85	9,10
98		90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]		10,70	9,85	9,10
98		90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		5,60	5,15	4,80
98		90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]		11,55	10,65	9,85
98		90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]		11,55	10,65	9,85
98	I	90.72.6	PROCALCITONINA		40,00	36,8	34,00
98	R	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2		5,50	5,10	4,70
98	H	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE		10,00	9,20	8,50
98	R	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA		7,15	6,60	6,10
98	R	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint)		138,75	127,65	117,95
98	R	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA		63,10	58,05	53,65
98	R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (con 3 sieri ricevente)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	60,25	55,45	51,25
98		90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE		3,60	3,35	3,10
98		90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)		4,95	4,55	4,20
98		90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)		10,05	9,25	8,55
98		90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]		6,45	5,95	5,50
98	I	90.74.6	RETICOLOCITI IN CITOFUORIMETRIA		11,40	10,50	9,70
98	R	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA		4,05	3,75	3,45
98		90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE		1,90	1,75	1,65
98		90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA		2,10	1,95	1,80
98		90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		3,05	2,80	2,60
98		90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)		3,30	3,05	2,80

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)		3,00	2,80	2,55
98	*	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	Per diagnosi di piastrinopatia	4,70	4,35	4,00
98		90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO		3,30	3,05	2,80
98		90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE		3,30	3,05	2,80
98		90.76.5	TEST DI HAM		5,65	5,20	4,80
98		90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)		3,20	2,95	2,75
98	*	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	Per inquadramento diagnostico-terapeutico delle diatesi trombofiliche	10,65	9,80	9,05
98		90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)		42,85	39,45	36,45
98		90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI		42,85	39,45	36,45
98		90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE- TRAPIANTO (HTLp, CTLp)		561,45	516,55	477,25
98	I R	90.77.6	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA		16,85	15,50	14,35
98		90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)		6,10	5,65	5,20
98	R	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A		119,40	109,85	101,50
98	R	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		63,70	58,60	54,15
98	R	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B		119,40	109,85	101,50
98	R	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		63,70	58,60	54,15
98	R	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C		119,40	109,85	101,50
98	R	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		63,70	58,60	54,15
98	R	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		63,70	58,60	54,15
98	R	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE		182,75	168,15	155,35
98	R	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE		222,05	204,30	188,75
98	R	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		63,70	58,60	54,15
98	R	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE		209,90	193,10	178,45
98	R	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DQB1 A BASSA RISOLUZIONE		128,40	118,15	109,15
98	R	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE		209,90	193,10	178,45
98	R	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO		63,70	58,60	54,15
98	R	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE		251,00	230,95	213,35
98	R	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA- DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE		366,60	337,30	311,65
98	R	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)		175,60	161,55	149,30
98	R	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)		186,70	171,80	158,70

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)		20,15	18,55	17,15
98	I R	90.81.6	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)		24,35	22,40	20,70
98	I R	90.81.7	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz.)		18,25	16,80	15,55
98	R	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)		3,30	3,05	2,80
98	*	90.82.2	TROMBOSSANO B2	Per diagnosi di piastrinopatia "aspirin like"	6,65	6,15	5,65
98		90.82.3	TROPONINA I		19,30	17,75	16,40
98		90.82.4	VALORE EMATOCRITO		0,95	0,90	0,80
98		90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)		2,45	2,25	2,10
98	*	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	Per diagnosi in sindromi da iperviscosita'	31,00	28,55	26,35
98		90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA		7,30	6,75	6,20
98		90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,35	11,40	10,50
98	R	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)		71,90	66,15	61,15
98		90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS		40,95	37,70	34,80
98	I	90.83.6	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)		40,95	37,70	34,80
98	I	90.83.7	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)		71,90	66,15	61,15
98		90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)		14,65	13,50	12,45
98		90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		9,80	9,05	8,35
98		90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	16,45	15,10	14,00
98		90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)		7,65	7,05	6,50
98		90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)		7,65	7,05	6,50
98		90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)		7,65	7,05	6,50
98		90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)		14,65	13,50	12,45
98		90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)		7,05	6,50	6,00
98		90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)		1,55	1,45	1,35
98		90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosinresi)		2,75	2,55	2,35

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	I	90.85.6	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)		12,95	11,95	11,00
98	I	90.85.7	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI		3,10	2,85	2,65
98		90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas		14,65	13,50	12,45
98		90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas		8,20	7,55	7,00
98		90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.		4,60	4,25	3,95
98		90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)		2,25	2,10	1,95
98		90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.		2,95	2,75	2,50
98	I	90.86.6	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)		2,95	2,75	2,50
98	I	90.86.7	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)		10,35	9,55	8,80
98	I	90.86.8	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'		3,85	3,55	3,30
98	I	90.86.9	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione		8,65	7,95	7,35
98		90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.		5,60	5,15	4,80
98		90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.		7,65	7,05	6,50
98		90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas- cromatografia (ricerca diretta)		2,75	2,55	2,35
98		90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)		10,95	10,10	9,30
98		90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)		9,00	8,30	7,65
98	I	90.87.6	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,40	11,45	10,55
98		90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)		15,15	13,95	12,90
98		90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]		4,00	3,70	3,40
98		90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA		9,20	8,50	7,85
98		90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		7,45	6,85	6,35
98		90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	7,00	6,50	6,00
98		90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)		13,90	12,80	11,85
98		90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		6,30	5,80	5,35

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)		4,10	3,80	3,50
98		90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)		4,35	4,00	3,70
98		90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE		30,25	27,85	25,75
98		90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		9,30	8,55	7,90
98		90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)		16,80	15,45	14,30
98		90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)		32,05	29,50	27,25
98		90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		13,65	12,55	11,60
98		90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	16,45	15,10	14,00
98		90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		7,05	6,50	6,00
98		90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)		4,10	3,80	3,50
98		90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)		6,20	5,70	5,30
98		90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	3,00	2,75	2,60
98		90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		9,80	9,05	8,35
98		90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		7,45	6,85	6,35
98		90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)		9,30	8,55	7,90
98		90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		9,70	8,95	8,25
98		90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)		19,20	17,70	16,35
98		90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		7,45	6,85	6,35
98	I	90.92.6	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,40	11,45	10,55
98	I	90.92.7	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)		11,30	10,40	9,60
98		90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)		9,20	8,50	7,85
98		90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)		3,70	3,40	3,15
98		90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	9,60	8,90	8,15
98		90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,95	8,20	7,60
98		90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,95	8,20	7,60

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	I H	90.93.6	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I H	90.93.7	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.93.8	ES. COLTURALE MATERIALE PROTESICO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.93.9	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98		90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	38,10	35,10	32,40
98		90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	12,00	11,05	10,20
98		90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98		90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)		9,80	9,05	8,35
98		90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE		5,35	4,95	4,55
98	I	90.94.6	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	13,55	12,50	11,50
98	I	90.94.7	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	8,95	8,20	7,60
98		90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)		7,45	6,85	6,35
98		90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		7,85	7,25	6,70
98		90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		22,15	20,40	18,85
98		90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	compreso eventuale antibiogramma e identificazione	11,05	10,20	9,40
98		90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)		16,75	15,45	14,25
98	I	90.95.6	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici		8,20	7,55	7,00
98	I	90.95.7	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici		8,20	7,55	7,00
98		90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		12,75	11,75	10,85
98		90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)		4,80	4,45	4,10
98		90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)		16,75	15,45	14,25
98		90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		9,45	8,70	8,05
98		90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)		11,50	10,60	9,80
98	I	90.96.6	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE		12,40	11,45	10,55
98		90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		4,50	4,15	3,85
98	*	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	13,60	12,55	11,60

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	*	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	Per inquadramento diagnostico-terapeutico di micosi sistemiche	12,65	11,65	10,75
98		90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		13,65	12,55	11,60
98		90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)		7,15	6,60	6,10
98	I	90.97.6	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		7,15	6,60	6,10
98	I	90.97.7	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)		12,95	11,95	11,00
98	IR *	90.97.8	AMANITINA URINARIA		103,30	95,05	87,80
98		90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		6,40	5,90	5,45
98		90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)		3,30	3,05	2,80
98		90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		7,45	6,85	6,35
98		90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		4,00	3,70	3,40
98		90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA		3,30	3,05	2,80
98		91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)		68,20	62,75	58,00
98		91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)		12,95	11,95	11,00
98		91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)		12,95	11,95	11,00
98		91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico)		18,60	17,15	15,85
98		91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		9,80	9,05	8,35
98	R *	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	45,00	41,40	38,25
98		91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)		19,25	17,75	16,40
98		91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)		10,35	9,55	8,80
98		91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)		4,30	3,95	3,65
98		91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)		13,50	12,45	11,50
98		91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		8,50	7,85	7,25
98		91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		9,80	9,05	8,35
98		91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		7,45	6,85	6,35
98		91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		9,30	8,55	7,90

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEA ESAME COLTURALE		3,80	3,50	3,25
98	I	91.03.6	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE		10,35	9,55	8,80
98		91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE		3,80	3,50	3,25
98		91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		13,65	12,55	11,60
98		91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		7,45	6,85	6,35
98		91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)		4,30	3,95	3,65
98		91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		4,30	3,95	3,65
98		91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		3,30	3,05	2,80
98		91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)		5,65	5,20	4,80
98		91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Cultura xenica)		9,20	8,50	7,85
98		91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)		5,65	5,20	4,80
98		91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa		4,30	3,95	3,65
98	I	91.05.6	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO		2,95	2,75	2,50
98		91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		9,45	8,70	8,05
98		91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO		4,80	4,45	4,10
98		91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)		8,70	8,00	7,40
98		91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE		9,20	8,50	7,85
98		91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		6,00	5,55	5,10
98	I	91.06.6	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)		6,85	6,30	5,85
98	I	91.06.7	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)		12,95	11,95	11,00
98		91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]		9,90	9,10	8,45
98		91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)		7,95	7,35	6,75
98		91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]		4,00	3,70	3,40
98		91.07.4	SALMONELLE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO		8,80	8,10	7,50

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA		10,95	10,10	9,30
98		91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]		7,95	7,35	6,75
98		91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)		7,45	6,85	6,35
98		91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		9,80	9,05	8,35
98		91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE		4,50	4,15	3,85
98		91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]		5,75	5,30	4,90
98	I	91.08.6	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI		6,95	6,40	5,90
98		91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B		6,95	6,40	5,90
98		91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE		6,95	6,40	5,90
98		91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)		18,80	17,30	16,00
98		91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)		13,10	12,05	11,15
98		91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]		4,00	3,70	3,40
98		91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		13,90	12,80	11,85
98		91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)		7,80	7,20	6,65
98		91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]		9,60	8,85	8,20
98		91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		4,10	3,80	3,50
98		91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		6,80	6,25	5,80
98	I	91.10.6	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)		9,15	8,45	7,80
98		91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]		4,00	3,70	3,40
98		91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE		5,00	4,60	4,25
98		91.11.3	VIBRIO CHOLERAЕ NELLE FECI ESAME COLTURALE		2,45	2,25	2,10
98		91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA		9,60	8,85	8,20
98	R *	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	74,75	68,80	63,55
98	R *	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	82,25	75,70	69,95
98	R *	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	40,15	36,95	34,15

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		14,90	13,70	12,70
98		91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,70	7,10	6,55
98		91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		32,95	30,35	28,00
98	I	91.12.6	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		32,95	30,35	28,00
98	I	91.12.7	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		74,65	68,70	63,45
98		91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		6,15	5,65	5,25
98		91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		42,60	39,20	36,25
98		91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.		7,45	6,85	6,35
98		91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.		7,45	6,85	6,35
98		91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio.		11,80	10,85	10,05
98	I	91.13.6	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)		82,10	75,55	69,80
98	I	91.13.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)		10,95	10,10	9,30
98	I	91.13.8	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE		21,30	19,60	18,10
98	I	91.13.9	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI		10,90	10,05	9,30
98		91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)		9,15	8,45	7,80
98		91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		6,30	5,80	5,35
98		91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)		10,35	9,55	8,80
98		91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		42,55	39,15	36,20
98	R	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		32,95	30,35	28,00
98		91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		59,35	54,60	50,45
98	R	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		42,55	39,15	36,20
98		91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		59,35	54,60	50,45
98		91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)		59,35	54,60	50,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE		42,55	39,15	36,20
98		91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,70	7,10	6,55
98		91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)		14,60	13,45	12,45
98		91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.		6,10	5,65	5,20
98	R	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.		32,95	30,35	28,00
98		91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.		8,95	8,25	7,60
98	I	91.16.6	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		9,15	8,45	7,80
98		91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI		11,00	10,15	9,35
98		91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM		12,95	11,95	11,00
98	R *	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previo reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	74,65	68,70	63,45
98	R	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA		42,55	39,15	36,20
98		91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg		10,40	9,60	8,85
98		91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM		11,15	10,25	9,50
98		91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg		11,00	10,15	9,35
98		91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg		10,60	9,75	9,05
98		91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg		10,65	9,80	9,05
98		91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg		12,20	11,25	10,40
98		91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)		16,30	15,00	13,85
98	R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA- POLIMERASI		27,50	25,30	23,40
98		91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA		74,15	68,25	63,05
98	R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA		91,15	83,85	77,50
98		91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI		12,20	11,25	10,40
98		91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		82,10	75,55	69,80
98	R	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA		91,15	83,85	77,50
98		91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI		14,20	13,10	12,10
98		91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM		25,60	23,55	21,80
98		91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg		21,15	19,45	18,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)		15,90	14,65	13,55
98		91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)		14,65	13,50	12,45
98		91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)		9,00	8,30	7,65
98		91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]		10,25	9,45	8,75
98		91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,70	7,10	6,55
98	I R	91.21.6	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		32,95	30,35	28,00
98	I R	91.21.7	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno		14,65	13,50	12,45
98		91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI		9,15	8,45	7,80
98	R *	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	74,15	68,25	63,05
98	R *	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	La dizione "Reazione Polimerasica a Catena" si intende riferita in senso lato all'utilizzo di equivalenti tecniche di amplificazione genica.	91,15	83,85	77,50
98		91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI		10,35	9,55	8,80
98		91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		82,10	75,55	69,80
98	I R	91.22.6	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO		32,95	30,35	28,00
98	I R	91.22.7	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		74,65	68,70	63,45
98		91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		100,75	92,70	85,65
98		91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)		25,60	23,55	21,80
98		91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)		30,30	27,90	25,75
98		91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)		82,35	75,80	70,00
98		91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)		74,65	68,70	63,45
98	I R	91.23.6	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		32,95	30,35	28,00
98		91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)		32,95	30,35	28,00
98		91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.		59,35	54,60	50,45
98		91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)		9,15	8,45	7,80

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)		9,15	8,45	7,80
98		91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		7,70	7,10	6,55
98	I R	91.24.6	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		32,95	30,35	28,00
98		91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)		10,80	9,95	9,20
98		91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)		6,95	6,40	5,90
98		91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		8,85	8,15	7,55
98		91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)		9,15	8,45	7,80
98		91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)		10,80	9,95	9,20
98	I R	91.25.6	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)		74,65	68,70	63,45
98	I R	91.25.7	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI		32,95	30,35	28,00
98		91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)		8,55	7,90	7,30
98		91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		5,60	5,15	4,80
98	R	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2		74,15	68,25	63,05
98		91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI		13,10	12,05	11,15
98		91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)		4,70	4,35	4,00
98		91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)		9,15	8,45	7,80
98		91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)		8,55	7,90	7,30
98		91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)		8,55	7,90	7,30
98		91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA		7,85	7,25	6,70
98		91.27.5	YERSINIA NELLE FECCI ESAME COLTURALE		2,50	2,30	2,15
98	R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA – Con agente clastogenico "in vitro"	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	153,10	140,85	130,15
98	R	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI		145,85	134,20	124,00
98	R	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI		141,60	130,30	120,40
98	R	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	132,50	121,90	112,65

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	145,85	134,20	124,00
98	R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON Sonda MOLECOLARE (Southern blot)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	148,90	137,00	126,60
98	R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO – Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	76,00	69,95	64,60
98	R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	66,85	61,50	56,85
98	R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,30	130,00	120,10
98	R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA – Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,30	130,00	120,10
98	IR	91.29.6	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)		126,55	116,45	107,60
98	IR	91.29.7	DISCRIMINAZIONE ALLELICA		90,00	82,80	76,50

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	IR	91.29.8	ANALISI DELLA METILAZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	126,55	116,45	107,60
98	R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	186,55	171,65	158,60
98	R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) – Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	150,10	138,10	127,60
98	R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400bp)	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.	183,50	168,85	156,00
98	R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	135,50	124,70	115,20
98	R	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. Abortivo, ecc.) - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	109,40	100,65	93,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	131,85	121,30	112,10
98	R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	109,40	100,65	93,00
98	R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	130,05	119,65	110,55
98	R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	131,85	121,30	112,10
98	R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	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.	33,45	30,80	28,45
98	I	91.31.6	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE		18,80	17,30	16,00
98	I	91.31.7	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)		9,15	8,45	7,80
98	I	91.31.8	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)		5,70	5,25	4,85
98	I	91.31.9	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)		10,80	9,95	9,20
98	I	91.31.A	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici		63,45	58,40	53,95
98	I	91.31.B	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi		7,75	7,15	6,60

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	33,45	30,80	28,45
98	R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	29,20	26,90	24,85
98	R	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione		32,85	30,25	27,95
98	R	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR		33,45	30,80	28,45
98	R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	30,70	28,25	26,10
98	R	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R		29,20	26,90	24,85
98	R	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T		30,10	27,70	25,60
98	R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	33,45	30,80	28,45
98	R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOTICI	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.	104,85	96,50	89,15

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	103,30	95,05	87,80
98	R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	139,80	128,65	118,85
98	R	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS		168,95	155,45	143,60
98	R	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA		144,65	133,10	122,95
98	R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	112,40	103,40	95,55
98	R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	94,20	86,70	80,10
98	R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	139,80	128,65	118,85
98	R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMPOIETICHE -BFU-E, CFU-GM,CFUGEMM (Ciascuna)	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.	109,40	100,65	93,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	97,25	89,50	82,70
98	R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,00	129,75	119,85
98	R	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.		69,00	63,50	58,65
98	R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	47,70	43,90	40,55
98	R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	38,75	35,65	32,95
98	R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	38,75	35,65	32,95
98	R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	49,85	45,90	42,40

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) – Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	53,50	49,25	45,50
98	R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	96,00	88,35	81,60
98	R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sequenze genomiche in YAC	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	332,40	305,80	282,55
98	R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	219,35	201,80	186,45
98	R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	176,85	162,70	150,35
98	R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI – mediante sonde molecolari painting	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	219,35	201,80	186,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) – Ricerca heteroduplex (HA)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,90	130,55	120,65
98	R	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,90	130,55	120,65
98	R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	141,90	130,55	120,65
98	R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE DELLA PLOIDIA	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	55,30	50,90	47,00
98		91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]		13,40	12,35	11,40
98	IR	91.38.6	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	30,00	27,60	25,50
98	IR	91.38.7	RICERCA MUTAZIONE (OLA-PCR- SCS) Per 31 mutazioni	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	317,00	291,65	269,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	IR	91.38.8	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) Per singola mutazione	Se l'analisi comporta una possibile diagnosi di malattia cromosomica o ereditaria essa può essere eseguita esclusivamente su richiesta di uno specialista in Genetica o da uno specialista che segua indirizzi formalmente riconosciuti dalla Regione, ed i suoi esiti devono essere consegnati nell'ambito di una consulenza specialistica di analoghe caratteristiche.	20,00	18,40	17,00
98	I	91.38.9	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE(per ciascun campione)		25,00	23,00	21,25
98		91.39.1	ESAME CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas		40,55	37,30	34,50
98		91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		32,65	30,05	27,75
98		91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		32,65	30,05	27,75
98		91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		16,95	15,60	14,40
98		91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.		32,65	30,05	27,75
98		91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea		32,65	30,05	27,75
98		91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice		16,95	15,60	14,40
98		91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice		16,95	15,60	14,40
98		91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)		16,95	15,60	14,40
98		91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale		32,65	30,05	27,75
98		91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale		16,95	15,60	14,40
98		91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica		47,30	43,55	40,20
98		91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)		16,95	15,60	14,40
98		91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare		16,95	15,60	14,40
98		91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)		16,95	15,60	14,40
98		91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch		52,40	48,20	44,55
98		91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica		52,40	48,20	44,55

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali		16,95	15,60	14,40
98		91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)		16,95	15,60	14,40
98		91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea		16,95	15,60	14,40
98		91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica		55,80	51,35	47,45
98		91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica		55,80	51,35	47,45
98		91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari		16,95	15,60	14,40
98		91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).		55,80	51,35	47,45
98		91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina		16,95	15,60	14,40
98		91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)		16,95	15,60	14,40
98		91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)		16,95	15,60	14,40
98		91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene		16,95	15,60	14,40
98		91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare		16,95	15,60	14,40
98		91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale		16,95	15,60	14,40
98		91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)		16,95	15,60	14,40
98		91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)		55,80	51,35	47,45
98		91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale		16,95	15,60	14,40
98		91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica		55,80	51,35	47,45
98		91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia		32,65	30,05	27,75
98		91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale		55,80	51,35	47,45

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98		91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)		95,60	87,95	81,30
98		91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale		95,60	87,95	81,30
98		91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare		95,60	87,95	81,30
98	R I	91.47.6	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA		222,00	204,25	188,70
98	R I	91.47.7	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA		400,00	368,00	340,00
98	R I	91.47.8	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)		30,00	27,60	25,50
98	R I	91.47.9	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI		160,00	149,20	136,00
98		91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea		55,80	51,35	47,45
98		91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico		32,65	30,05	27,75
98	R	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)		102,10	93,95	86,80
98		91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO		3,10	2,85	2,65
98		91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO		6,10	5,65	5,20
98		91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE		3,05	2,80	2,60
98		91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		3,05	2,80	2,60
98		91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO		3,05	2,80	2,60
98	I	91.49.4	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE		6,10	5,65	5,20
98		99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -		13,70	12,60	11,65

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
98	H *	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -	Nei casi in cui il paziente necessiti di terapia trasfusionale e le sue condizioni cliniche non consentano il trasporto in ambulanza presso l'Ospedale il Responsabile del S.I.T. puo' autorizzare la prestazione di Medicina Trasfusionale a domicilio che deve essere erogata secondo le seguenti modalita': 1. il medico di base richiede la prestazione trasfusionale indicando le specifiche condizioni cliniche che non consentono il trasporto presso l'Ospedale e quelle relative alla terapia trasfusionale; 2. il medico trasfusione compila correttamente e firma il modulo di richiesta di trasfusione in uso presso il S.I.T. secondo il regolamento interno approvato dalla Commissione Ospedaliera per il Buon Uso del Sangue (D.M. 1.9.95); 3. il medico trasfusione provvede alla ricezione del consenso informato da parte del paziente previsto dal D.M. 1.9.95 e alla sua conservazione; 4. il medico trasfusione provvede ai prelievi per le prove di	30,40	28,00	25,85
98		99.07.1		compatibilita' e la determinazione del gruppo secondo le norme vigenti e il regolamento del S.I.T. e trasfonde l'unita' entro le tre ore dal suo ritiro presso il S.I.T.; deve essere presente per tutto il tempo necessario alla trasfusione e interviene in caso di reazione trasfusionale o di altri problemi; 5. il medico trasfusione certifica il corretto svolgimento della pratica terapeutica compilando il modulo di avvenuta trasfusione, provvede a ritornarlo al S.I.T. assieme alle sacche vuote delle unita' ritirate.	0,00	0,00	0,00
98	H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA		516,50	475,20	439,05
98	I H	99.71.1	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO		607,60	559,00	516,50
98	H	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA		473,95	436,05	402,85
98	I H	99.72.1	STAMINOAFERESI		516,50	475,20	439,05
98	H	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA		439,30	404,15	373,40
98	H	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE		51,65	47,55	43,90
98	I H	99.73.2	SALASSO TERAPEUTICO		30,40	28,00	25,85
98	H	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA		480,00	441,60	408,00
98		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -		30,00	30,00	30,00
98		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima .		20,00	20,00	20,00
99		0	ALTRE PRESTAZIONI				
99	I *	89.01.1	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	Valutazione e certificazione periodica, svolta dal pediatra, secondo il calendario previsto dalla Regione, dello sviluppo fisico, psichico, dei rischi età specifici per la salute, indicazioni di prevenzione e educazione alla salute individuali.	20,00	18,40	17,00

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
99	*	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe	La prestazione si riferisce esclusivamente all'attività svolta dall'U.V.G., indipendentemente dal numero di operatori coinvolti	53,50	49,25	45,50
99		93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE -		4,50	4,15	3,85
99		93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale		5,05	4,65	4,30
99	*	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	Consiste in sedute educative collettive (quattro) della durata di circa 30' ognuna, Le lezioni sono tenute da personale infermieristico specificamente formato con la supervisione del medico. Ogni seduta è rivolta ad un massimo di 10 persone. La tariffa è per singola seduta collettiva e per singolo paziente.	1,25	1,15	1,10
99		96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS - Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)		4,50	4,15	3,85
99		99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -		13,40	12,35	11,40
99		99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -		13,40	12,35	11,40
99	I H	99.25.1	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA		11,20	10,30	9,55

Nota:

LEGENDA

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

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

Escluso: Le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione.

Incluso: Il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice.

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

NAS: Non altrimenti specificato. Le prestazioni recanti la dizione "NAS" devono essere utilizzate esclusivamente quando non sia presente la specifica prestazione. Le tariffe corrispondenti possono essere riconosciute solo in tale caso e mai contemporaneamente alle tariffe delle prestazioni specifiche.

*: L'asterisco indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da Linee guida.

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

R: La lettera R indica le prestazioni erogabili in ambulatori dotati di particolari requisiti.

I: la lettera I indica l'inserimento di nuova prestazione.

A: la lettera A indica l'accorpamento per profilo di trattamento.

HS: L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione

Allegato 1)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO		
					COLONNA 1	COLONNA 2	COLONNA 3
dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (DGR n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).							
P: L'esecuzione è "a pacchetto" e comprende più prestazioni come indicato nelle specifiche descritte nella colonna "modalità di rilevazione e linee guida nazionali e regionali".							

ALLEGATO 2

Prestazioni di assistenza specialistica non classificabili come ambulatoriali, in quanto erogabili solo a pazienti già in regime di ricovero o riferite a particolari attività svolte in attuazione di funzioni specificatamente attribuite (Cardiologia, Gastroenterologia, Radiologia interventistica, Radioterapia, Dietetica e nutrizione clinica, Esami di laboratorio analisi).

(elencate in ordine di branca specialistica)

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GIUDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
08	0	CARDIOLOGIA		
08	36.0	ANGIOPLASTICA CORONARICA PERCUTANEA (codici 36.01, 36.02, 36.05)		3.680,00
29		NEFROLOGIA		
29	93.01.C	TRAINING PER L'EMODIALISI DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione dell'emodialisi domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, allestimento del domicilio, esame di idoneità finale). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta e per un massimo (di norma) di 3 mesi.	53,5
29	93.01.D	TRAINING PER IL TRATTAMENTO DI DIALISI PERITONEALE (DP) DOMICILIARE	Addestramento del paziente e del familiare a tutte le manovre inerenti la gestione della DP domiciliare (parte teorica, addestramento pratico, controllo dei locali prima dell'invio a domicilio, esame di idoneità). La prestazione prevede l'espletamento di tutte le fasi descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. La prestazione è da intendersi per singola seduta al giorno, per un massimo di 10 giorni.	53,5
29	93.01.E	PREPARAZIONE DEL PAZIENTE PER L'AVVIO DEL TRATTAMENTO DIALITICO	Gestione ambulatoriale del paziente in condizioni di insufficienza renale cronica (stato predialitico e/o uremico) in preparazione all'inizio del trattamento dialitico sostitutivo. La prestazione, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti, comprende la valutazione clinica e socio-riabilitativa e la definizione del trattamento dialitico dopo colloquio finale con il paziente ed i familiari. La prestazione è da intendersi per singola seduta (1 prestazione al mese) e, di norma, per un massimo di 5-6 mesi.	53,5
29	93.01.F	INSERIMENTO PAZIENTE IN LISTA DI TRAPIANTO RENALE	la prestazione comprende le procedure preparatorie all'iscrizione in lista ed il mantenimento in lista di trapianto renale. La prestazione è ripetuta quando il paziente deve eseguire la visita di revisione (ogni 5 anni fino ai 55 anni di età, successivamente ogni 2 anni) La prestazione è ripetibile per max 5 volte ad ogni revisione.	53,5
58	0	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA		
58	45.17	POSIZIONAMENTO DI STOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	Esclusa la manovra endoscopica	738,55
69	0	PROCEDURE DIAGNOSTICHE RADIOLOGICHE INTERVENTISTICHE		
69	38.7	POSIZIONAMENTO FILTRO CAVALE		2.350,00
69	38.89	TRATTAMENTO PERCUTANEO VARICI (laser, radiofrequenza)		750,00
69	39.1	TIPS		2.500,00
69	39.50.1	ATEROTOMIA PERCUTANEA (o TROMBOLIZZATORE)		900,00
69	39.50.2	ANGIOPLASTICA PERCUTANEA TRANSLUMINALE Comprende vasi periferici angiografia pre e post		2.000,00
69	39.92.1	SCLEROSI VARICOCELE		800,00
69	39.99.2	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA VASCOLARE	La prestazione va utilizzata anche per l'aortografia addominale per studio circolo arti inferiori	500,00
69	39.99.3	CONTROLLO DI INTERVENTISTICA EXTRA VASCOLARE		500,00

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GIUDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	39.99.4	PROCEDURA ENDOVASCOLARE	Prestazione che va ad aggiungersi alla prestazione angiografica per ogni accesso vascolare successivo al primo	300,00
69	39.99.5	TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE ANEURISMI INTRACRANICI		1.500,00
69	39.99.6	TROMBOLISI INTRAARTERIOSA INTRACRANICA		1.500,00
69	39.99.7	POSIZIONAMENTO STENT VASCOLARI (STENT D'EMBLE'E)		2.250,00
69	39.99.8	PTA + POSIZIONAMENTO STENT		3.500,00
69	39.99.9	PROTESI AORTICA ENDOVASCOLARE (toracica o addominale)		3.000,00
69	43.11	GASTROSTOMIA PERCUTANEA		800,00
69	43.19.1	PSEUDOCISTOGASTROSTOMIA		900,00
69	50.19	BIOPSIA TRANSGIUGULARE EPATICA O RENALE		900,00
69	50.29	RADIOFREQUENZA PERCUTANEA DI LESIONI NODULARI EPATICHE O DI ALTRE SEDI (comprensiva di eco e di eventuale TC pre e post)		650,00
69	51.03	COLECISTOSTOMIA PERCUTANEA		900,00
69	51.10	ERCP colangiografia ascendente retrograda		600,00
69	51.98	DILATAZIONE EXTRA-VASCOLARE Comprende bilioplastica, ureteroplastica, ecc...		1.700,00
69	51.99.1	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO Comprensivo di COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA TRANSEPATICA		1.300,00
69	51.99.2	DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO	Per ogni accesso successivo al primo (cod. 51.99.1)	500,00
69	51.99.3	POSIZIONAMENTO PROTESI BILIARE (plastica o metallica)		500,00
69	54.99.1	DRENAGGIO PERCUTANEO PROFONDO RX-GUIDATO		350,00
69	54.99.2	POSIZIONAMENTO VALVOLA PERITONEO-VENOSA		1.000,00
69	55.12.1	PIELOSTOMIA PERCUTANEA MONOLATERALE		1.000,00
69	55.12.2	PIELOSTOMIA PERCUTANEA BILATERALE		1.500,00
69	56.99.1	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA MONOLATERALE		800,00
69	56.99.2	POSIZIONAMENTO PROTESI URINARIA BILATERALE		1.100,00
69	85.99	POSIZIONAMENTO FILO REPERE Comprensivo della mammografia pre e post posizionamento		125,00
69	86.07	POSIZIONAMENTO DI PORTER ARTERIOSI		1.200,00
69	87.21	MIELOGRAFIA		600,00
69	87.21.A	MIELO-TC		700,00
69	88.44.1	ARTERIOGRAFIA SPLENICA		600,00
69	88.44.2	ARTERIOGRAFIA BRONCHIALE destra o sinistra		600,00
69	88.44.3	ARTERIOGRAFIA INTERCOSTALE destra o sinistra		600,00
69	88.44.4	ARTERIOGRAFIA LOMBARE destra o sinistra		600,00
69	88.45	ARTERIOGRAFIA RENALE DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.47	ARTERIOGRAFIA TRIPODE CELIACO		600,00
69	88.49.1	CAROTIDOGRAFIA DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.49.2	ARTERIOGRAFIA VERTEBRALE DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.49.3	ARTERIOGRAFIA SUCCLAVIA DESTRA O SINISTRA		600,00
69	88.49.4	ARTERIOGRAFIA MESENTERICA SUPERIORE O INFERIORE		600,00
69	88.49.5	ARTERIOGRAFIA EPATICA		600,00
69	88.49.6	ARTERIOGRAFIA ARTO SUPERIORE DESTRO O SINISTRO		600,00
69	88.49.7	ARTERIOGRAFIA SPINALE		600,00
69	88.49.8	AORTO-ARTERIOGRAFIA	Tale prestazione va ad aggiungersi alle prestazioni da 88.49.1 a 88.49.7, per ogni ulteriore iniezione selettiva nella stessa seduta	150,00

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GIUDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	98.20.1	RECUPERO CORPI ESTRANEI ENDOCANALICOLARI		1.200,00
69	98.52	LITOTRIPSIA TRANSEPATICA		1.000,00
69	99.25.2	CHEMIOEMBOLIZZAZIONE LOCO-REGIONALE		1.800,00
69	99.29	FIBRINOLISI		1.800,00
69	99.29.A	EMBOLIZZAZIONE ARTERIOSA O VENOSA		1.500,00
69	99.29.B	EMBOLIZZAZIONE ECO GUIDATA DI PSEUDO ANEURISMI		500,00
70	0	RADIOTERAPIA		
70	92.24	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Prima seduta	Condizionamento procedure trapiantologiche	1.800,00
70	92.24.0	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TBI) Sedute successive	Per singola seduta	300,00
79	0	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA		
79	96.56	POSIZIONAMENTO DI CATETERE VENOSO CENTRALE	Finalizzato al trattamento nutrizionale	36,95
79	96.61.1	NUTRIZIONE ENTERALE ARTIFICIALE DOMICILIARE MEDIANTE SONDA	Per giornata di terapia, escluso materiale e miscele nutritive	7,75
79	96.61.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE (NED)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NED. Prevede una parte teorica e una parte pratica e comprende: - manovre per la pulizia della superficie di appoggio e delle mani; - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di deflusione; - attacco alla sonda di nutrizione enterale e programmazione della nutripompa; - stacco della sacca e pulizia della sonda nutrizionale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'insieme delle attività descritte, indipendentemente dal numero di operatori coinvolti. Generalmente per la NED e' sufficiente una sola seduta di addestramento.	14,80
79	99.15.1	NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE	Per giornata di terapia, escluso materiale e sacche premiscelate	22,15
79	99.15.2	TRAINING PER LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE (NPD)	Addestramento del paziente e/o dei suoi familiari a tutte le manovre inerenti la gestione della NPD. Comprende una parte teorica e una parte pratica e in particolare: - preparazione della sacca nutrizionale e della linea di infusione; - attacco al catetere venoso centrale e inizio dell'infusione della sacca; - programmazione della pompa infusoriale; -stacco della sacca con lavaggio ed eparinizzazione del catetere venoso centrale; - medicazione dell'emergenza cutanea del catetere venoso centrale. Codice da utilizzare per singola seduta. La prestazione prevede l'insieme delle attività descritte, indipendentemente dal numero degli operatori coinvolti. Generalmente per la NPD sono necessarie 12-15 sedute	18,50
81		CURE PALLIATIVE		

Allegato 2)

BRANCA	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GIUDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
81	89.05	VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE DI CURE PALLIATIVE	Nel caso delle cure palliative è possibile utilizzare questo codice per le prestazioni di accoglienza del paziente nei programmi di cure palliative dove vengono effettuate le stesse attività di raccolta dati, informazione, accoglienza, indirizzo e supporto, coordinamento delle diverse figure professionali	40,00
81	89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE GIC DI CURE PALLIATIVE	Tale prestazione è da utilizzarsi in caso di attivazione del Gic di cure palliative da parte del medico di cure palliative indipendentemente dalla segnalazione del Cas	53,50
81	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE PORTATORE DI CATETERE VENOSO CENTRALE - per seduta individuale	Terapia educativa per il paziente o il care-giver per l'acquisizione di conoscenze e abilità utili alla gestione domiciliare di catetere venoso centrale o altro presidio. Terapia educativa per l'esecuzione domiciliare di altre procedure connesse alla terapia	5,05
81	99.93.7	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per sostituzione di ago no coring per port endovenosi o spinali e /olavaggio cvc a lunga permanenza	8,95
81	93.01.7	COUNSELLING MEDICO	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dal medico di cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani terapeutici e sedute di counselling individualizzati con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera.	57,00
81	93.01.8	COUNSELLING INFERMIERISTICO	Nel caso delle cure palliative e' possibile utilizzare questo codice per prestazioni di counselling che vengono effettuate dall'infermiere delle cure palliative sia per pazienti con patologia oncologica in cure palliative che per pz. con dolore cronico non oncologico e grave disabilità per i quali vengono progettati piani assistenziali con attivazione della rete socio assistenziale anche extraospedaliera	23,00
85		DIABETOLOGIA		
85	* 89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	Impostazione del piano di trattamento personalizzato. Tale prestazione è utilizzabile anche nel caso di rivalutazione complessiva per casi di particolare complessità che necessitano di una ridefinizione dell'indirizzo terapeutico.	40,00
85	I * 89.05	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA, DI INDIRIZZO E SUPPORTO AL PERCORSO PDTA - DIABETE MELLITO.	primo approccio presso il Centro di Accoglienza e Servizi o presso le varie strutture di Diabetologia (ove non ancora attivato il SD); raccolta dati ed informazioni, anamnesi, visita, compilazione cartella clinica, programma dei test e degli approfondimenti diagnostici, consenso informato.	40,00
85	* 89.07	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO- Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata presso il Centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO	Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal Centro di Accoglienza di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO, indipendentemente dal numero dei professionisti coinvolti. Prestazione codificabile solo se richiesta dal centro di Accoglienza, di indirizzo e supporto al percorso di PDTA- DIABETE MELLITO.	53,50

Allegato 2)

B R A N C A	CODICE DM 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GIUDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
85	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima.		20,00
85	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
85	I * 94.42.2	Formazione per l'autogestione e / o addestramento all'utilizzo dei relativi meccanismi	La prestazione è finalizzata a far apprendere al paziente o al caregiver le modalità di misurazione della malattia e somministrazione della terapia, nonché a sviluppare le competenze per attivare la capacità di compiere scelte appropriate quotidianamente.	11,20
98	0	PROCEDURE DIAGNOSTICHE DI LABORATORIO ANALISI		
98	91.50.1	LIQUOR : ESAME CHIMICO FISICO E MORFOLOGICO		4,00
98	91.50.2	LIQUOR : ALBUMINA (Nefelometria, Turbidimetria)		5,20
98	91.50.3	LIQUOR : GLUCOSIO		1,30
98	91.50.4	LIQUOR : ELETTROLITI [Na, K, Cl] Ciascuno		1,25
98	91.50.5	LIQUOR : PROTEINE		1,25
98	91.50.6	LIQUOR : LDH		1,25
98	91.50.7	LIQUOR : IgA, IgG o IgM (Ciascuna)		5,85
98	91.50.8	LIQUOR : TRANSFERRINA		5,20

ALLEGATO 3

Comprende le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale da riconoscere alle Strutture Sanitarie ed ai Professionisti privati provvisoriamente accreditati

(elencate in ordine di branca specialistica)

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
08		0	CARDIOLOGIA		
08	A *	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler) : pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	61,05
08	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	20,00
08	*	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	57,10
08		89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -		7,95
08	*	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	L'esame deve comprendere la valutazione preliminare delle indicazioni e delle controindicazioni.	55,80
08	*	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)	L'esame deve comprendere monitoraggio dinamico ECG continuo di 24 ore con metodica HOLTER	62,00
08		89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA -		11,65
08		89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -		18,60
08	*	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita	Per erogare la prestazione deve essere disponibile l'esame ECG cod. 89.52	30,00
09		0	CHIRURGIA GENERALE		
09		24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA - Asportazione di epulidi		33,95
09		27.91	FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale		17,85
09		39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI		10,65
09		41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -		42,40
09		48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO		30,50
09		49.23	BIOPSIA DELL' ANO -		28,90
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)		50,90
09	P, HS I	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORRELATI (VISITE, MEDICAZIONI, ASPORTAZIONE SUTURE, ECC.)	<p>NOTA:</p> <p><u>P</u>: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)</p> <p><u>HS</u> L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>	774,35
09		54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -		25,50

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
09		54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)		42,40
09		83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)		40,75
09		83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano		40,75
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)		8,50
09		85.0	MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi		36,20
09		86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma		9,45
09		86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -		18,90
09		86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)		45,25
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)		45,25
09		86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		17,00
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 (matrice ungueale) (plica) (86.27), sbrigliamento non asportativo di ferita, infezione o ustione(86.28), innesto a lembo o peduncolato (86.75)		20,75
09		86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE -		31,15
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)		20,75

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
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)		10,25
09	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		31,10
09		86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)		10,25
09		86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO		13,85
09		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
09		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica , prima visita		30,00
09		96.22	DILATAZIONE DEL RETTO -		9,55
09		96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE -		11,40
09		96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA -		11,40
09		96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita		3,85
09		98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -		18,15
09		98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)		23,00
09		98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -		9,90
09		98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -		9,90
09		98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS -		7,65
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		7,65
09		98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -		7,65
09		98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -		7,65
09		98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -		7,65
09		98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -		7,65
09		98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -		7,65
09		98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -		7,65

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
09		98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -		7,65
09		99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA -		10,10
09		99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -		5,75
12		0	CHIRURGIA PLASTICA		
12	P, HS I	4.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)</p> <p>HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>	527,00
12	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		31,10
14		0	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA		
14	P, HS I	38.59.3	INTERVENTI SUI VASI VENOSI EXTRASAFENICI DEGLI ARTI INFERIORI (PRIMITIVI O RECIDIVE) COMPRESI GLI ESAMI E LE VISITE PREOPERATORI ED I CONTROLLI POSTOPERATORI CORRELATI (VISITE, MEDICAZIONI, ASPORTAZIONE SUTURE, ECC.)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)</p> <p>HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>	774,35
30		0	NEUROCHIRURGIA		
30	P, HS I	4.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)</p> <p>HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>	527,00
32		0	NEUROPSICHIATRIA		
32		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
32		89.13	VISITA NEUROLOGICA -		30,00

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
32		89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)		22,75
32		89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO		34,10
32		89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG		47,75
32		89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG		34,10
32		89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO- SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG		34,10
32		93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)		10,15
32		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		10,15
32		93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo		10,15
32		94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -		9,55
32		94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine		5,75
32		94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -		5,75
32		94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -		5,75
32		94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -		7,65
34		0	OCULISTICA		
34		08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron		16,60
34		08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO -		33,15
34		08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma		33,15
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		33,15
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		55,25
34		08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -		41,45
34		08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -		41,45

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34		08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -		41,45
34		08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -		82,90
34		08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -		27,65
34		09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		19,40
34		09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)		69,10
34		09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -		41,45
34		10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)		33,15
34		10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA -		110,50
34		10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -		55,25
34		10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -		13,85
34		11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -		69,10
34		11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -		110,50
34		11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -		69,10
34	*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni cliniche; - Astigmatismo secondario a chirurgia corneale (post cheratoplastica o simili); - Ametropie post-chirurgiche (cheratoplastica, cataratta, impianto secondario).	395,15
34	*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Distrofia, cicatrici ed altre opacità corneali.	395,15
34	P, HS I	13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE COMPRESI GLI ESAMI E VISITE PREOPERATORI E I CONTROLLI POSTOPERATORI	NOTA: <u>P</u> : La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.) <u>HS</u> L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).	765,00*

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
34	P, HS I	14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (COMPRESO IL FARMACO)	<p>NOTA: P_ La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco, anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e Prove Angiografiche.</p> <p>HS_ L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>	408,00
34	P, HS I	14.75.1	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE (NON E' COMPRESO IL FARMACO)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento con l'inoculazione del farmaco (rimborsato con procedura FILE F), anche visita preoperatoria, esami diagnostici preintervento, visita oculistica e controlli postoperatori compresi O.C.T. e Prove Angiografiche.</p> <p>HS : L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.)</p>	327,25
34	I *	11.99.4	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	- Comprende n. 3 visite di controllo successive all'intervento. - Anisometropia superiore alle quattro diottrie; nel caso dell'anisometropia, non secondaria a precedente trattamento refrattivo, l'intervento è indicato per entrambi gli occhi, salvo controindicazioni cliniche; - Astigmatismo secondario a chirurgia corneale (post cheratoplastica o simili); - Ametropie post-chirurgiche (cheratoplastica, cataratta, impianto secondario).	526,80
34		95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali		13,05
34	*	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	La prestazione include l'eventuale prescrizione di lenti. In caso di ipovedente la visita comprende ispezioni accurate del sistema oculo-cerebrale con il mappaggio del fondo oculare e gli esami elettrofisiologici.	30,00
34		95.35	TRAINING ORTOTTICO - Per seduta		5,35
34		96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)		3,85
34		98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -		7,65
35		0	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE		
35		23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia		14,20
35		23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia		19,85
35		23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia		19,85

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
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		36,80
35		23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa		22,65
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		42,40
35		23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		42,40
35		23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)		65,00
35		24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA -		17,00
35		24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO -		17,00
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)		33,95
35		24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto - (Per sestante)		28,30
35		24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)		25,50
35		25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA -		23,80
35		26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -		17,85
35		27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -		17,00
35		27.23	BIOPSIA DEL LABBRO -		17,00
35		27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -		17,00
35		87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)		5,85
35		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
35		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
35		96.54.1	ABLAZIONE TARTARO -		9,55
35		96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta		5,75
35		97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico		6,35
36		0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
36	P, HS I	4.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE		527,00

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
			compresi gli esami e le visite preoperatorie ed i controlli postoperatori correlati (visite, medicazioni, asportazione suture, ecc.)	<p>NOTA: P: La prestazione è un pacchetto comprendente oltre che l'esecuzione dell'intervento anche visita anestesiológica ed esami diagnostici preintervento e controlli postoperatori correlati (visita specialistica, medicazioni, asportazione suture, ecc.)</p> <p>HS L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (D.G.R n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).</p>	
36		76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -		33,95
36		81.91	ARTROCENTESI - Aspirazione articolare - Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), - artrografia (88.32)		33,95
36	*	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	Da considerarsi per singola seduta	23,75
36		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
36		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
36		93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo		30,35
36		93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -		24,65
36		93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -		20,90
37		0	OSTETRICIA E GINECOLOGIA		
37		67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice		30,15
37		67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI		33,15
37		67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio		45,25
37		67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi		45,25
37		68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale		36,20
37		69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -		15,75
37		70.21	COLPOSCOPIA		13,10
37		70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -		30,15

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
37		71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici		36,20
37		88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA -		29,00
37		88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA -		29,00
37	I *	88.78.3	ECOGRAFICA OSTETRICA - morfologia fetale	Prestazione da codificare solamente se eseguita nel secondo trimestre di gravidanza.	29,00
		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
37		89.26	VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/androgica, Esame pelvico		30,00
38		0	OTORINOLARINGOIATRIA		
38		18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)		13,85
38		18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO -		15,60
38		18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettaggio Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti.- Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di cerume (96.52)		17,30
38		20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -		26,40
38		20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Poltizerizzazione		15,40
38		21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa)		19,85
38		21.22	BIOPSIA DEL NASO -		26,40
38		21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -		26,40
38		21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione		26,40
38		21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale		26,40
38		27.71	INCISIONE DELL' UGOLA -		11,90
38		29.12	BIOPSIA FARINGEA -		23,80
38		31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRETTA - Incluso: Anestesia		8,50
38		31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia		29,75
38		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
38		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
38		95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE -		9,60
38		95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche		15,95
38		95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei		15,95

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
38		96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume		7,65
38		96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS		3,85
38		98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -		8,25
38		98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -		14,80
38		98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso: Laringoscopia		14,80
43		0	UROLOGIA		
43		57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata		55,25
43		57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -		69,10
43		57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA -		69,10
43		57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale		69,10
43		57.94	CATETERISMO VESCICALE -		11,05
43		58.22	URETROSCOPIA -		33,15
43		58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale		47,00
43		58.60.1	DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra - (Seduta unica)		41,45
43		58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta)		12,50
43		58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -		47,00
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)		27,65
43		61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale		21,15
43		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
43		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
43		99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE -		6,35
43		99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO -		5,75
52		0	DERMOSIFILOPATIA		

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
52		64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -		9,45
52		86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -		17,00
52	I	86.30	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO		31,10
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)		15,60
52		86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)		15,60
52		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
52		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita		30,00
52		91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -		5,50
52		91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -		4,55
52	*	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]	Consiste nell'applicare una batteria di apteni, in media 30 , lasciati in situ per 48 ore, e lettura dopo 1 ora e 24 ore dalla rimozione dell'apparato testante. La prestazione è comprensiva dei tre passaggi.	35,15
56		0	FISIOKINESITERAPIA		
56	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	Visita di controllo su disabilità minore o segmentale	20,00
56	*	89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita.	Raccolta di dati anamnestici, osservazione del paziente e misurazione della disabilità, del potenziale residuo ai fini sia delle indicazioni e prescrizioni terapeutiche sia per valutare l'efficacia terapeutica ed eventuale variazione.	30,00
56	A *	93.04.3	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	Valutazione lesione degenerative/infiammatorie osteo-articolari e meccaniche; Valutazione lesione traumatiche/esiti chirurgici monodistrrettuali apparato osteo articolare; Valutazione lesioni oncologiche; Valutazione lesioni apparato respiratorio; Valutazione lesioni apparato cardiaco; Valutazione lesioni S.N.C. stabilizzate (eta' adulta o geriatrica); Valutazione lesioni Sistema nervoso periferico stabilizzate.	12,75
56	A *	93.05.6	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con attrezzature per analisi del cammino od altre documentabili	Prestazione da aggiungersi a 93.04.3 oppure a 93.04.4, qualora effettuata a completamento delle medesime.	42,50
56	*	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	Per singolo riflesso	10,15
56		93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo		10,15

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
56	A *	93.11.6	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI- SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	Trattamento lesioni degenerative/infiammatorie osteo- articolari e meccaniche. Trattamento lesioni traumatiche/esiti chirurgici monodistrettuali apparato osteo- articolare- trattamento lesioni oncologiche- trattamento lesioni apparato cardiaco e respiratorio. Comprende anche la terapia occupazionale. <u>Seduta individuale di 30 minuti.</u>	12,75
56	A *	93.11.8	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI	Rieducazione con attrezzature (isocinetica, idroterapia con vasca a farfalla o piscina, ecc) Prestazione da aggiungersi a A93.11.6 oppure a A93.11.7, qualora effettuata a completamento delle medesime.Per seduta.	12,75
56	A *	93.11.9	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	Trattamento collettivo dei disturbi motori -sensitivi. Per una maggiore efficacia del trattamento la rieducazione deve attuarsi attraverso sedute collettive di 45 minuti.	5,95
56	*	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo- mandibolare	Indipendentemente dal numero dei segmenti trattati	13,90
56	*	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI - Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo- mandibolare	Prestazione da codificare in aggiunta al codice A 93.11.6 in caso di rigidità articolare persistente.	2,55
56	*	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	Trattamento medio per seduta di 20 min. per distretto	1,80
56	*	93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.	Trattamento medio di 10 min. per distretto	2,10
56	*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti	Si considera anche l'elettroterapia interferenziale. La seduta si riferisce al trattamento del singolo distretto	3,05
56	*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta	Trattamento medio di <u>10 minuti per distretto</u>	2,55
56	A *	93.40	ELETTROTHERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta	Elettroterapia di stimolazione muscolare neofaradica/esponenziale/rettangolare/Kotz. <u>Seduta media di 20 min. per muscolo</u>	2,55
56		93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		1,55
56	*	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute	Trattamento medio di <u>5 min. per distretto</u> La tariffa si riferisce al ciclo completo	8,60
56	*	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	Trattamento medio di <u>15 min. per distretto</u>	3,10

Allegato 3)

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
61		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE		
<p>NOTE:</p> <p>NOTA GENERALE: Per ogni prestazione di Tomoscintigrafia si intende, qualora non eseguita con tecnica PET, l'esecuzione con tecnica SPET. Gli accertamenti diagnostici "in vitro" sono da codificarsi secondo il nomenclatore di laboratorio analisi chimico cliniche.</p> <p>NOTE relative alle prestazioni collocate sotto al codice: 92.19.6</p> <p>- Indicatori positivi - Trattasi di radiofarmaci che si concentrano elettivamente in siti infiammatori o tumorali secondo diversi meccanismi non necessariamente immunologici o recettoriali, nè impiegati nella marcatura cellulare. I codici che identificano l'impiego di questi indicatori si riferiscono pertanto più alla peculiarità del tracciante che ad una precisa tipologia in lesione.</p> <p>Le procedure relative trovano una loro specifica applicazione qualora siano impiegati traccianti quali, ad esempio, il Ga67 - citrato (prevalentemente processi infiammatori o neoplastici), il Tl201 - cloruro (prevalentemente processi produttivi tumorali di natura benigna o maligna) o radiofarmaci tecnezati (Tc99m-isonitrile, Tc99m tetrofosfina ecc...)</p> <p>- Cellule autologhe marcate - Sotto questo codice vanno considerate le procedure di immagine che utilizzano la marcatura "in vitro" o "in vivo" di cellule in genere del sistema emopoietico (es. granulociti o piastrine ecc..) per la ricerca di focolai infiammatori-settici o siti di aggregazione in ogni distretto corporeo.</p> <p>- Traccianti immunologici recettoriali - Trattasi di procedure diagnostiche che sotto una dizione molto generale comprendono l'impiego di una serie di radiofarmaci molto diversi tra loro. Essi vengono utilizzati in campo oncologico, neurologico, endocrinologico ecc, ed hanno in comune una affinità specifica per substrati antigenici o recettoriali espressi da cellule patologiche o normali.</p> <p>NOTE alle prestazioni contraddistinte dai codici 92.02.1 e 92.15.1: E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuto come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa individuata remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico.</p>					
61	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	Visita di controllo effettuata entro 45 giorni dalla 1° visita Visita di follow-up Visita/parere	20,00
61	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Visita medico nucleare pretrattamento.	Si considera visita medico nucleare pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	40,00
61	*	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	Generalmente I-131 ioduro di sodio per os. Almeno due misurazioni. In campo pediatrico utilizzare I-123	69,10
61	*	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera . Obbligatori reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i).	45,70
61	*	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	Si intende la scintigrafia tiroidea eseguita con indicatori quali Tl201, Ga67, Sestamibi o analoghi, I131 ecc.	277,95
61	*	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	Eseguirsi almeno tre proiezioni: Ant, Post, Lat. dx. - Qualora il quesito clinico richieda una valutazione addizionale di funzionalità splenica o di diagnostica peculiare in senso onco-ematologico (es. linfoma), infettivologico, ecc. va codificato anche 92.05.5 (scintigrafia splenica). In questo caso il referto deve essere specifico e relativo al quesito clinico.	99,90
61	*	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	La scintigrafia sequenziale prevede lo studio dinamico biliare. Il tempo di esame può essere variato in funzione del quesito clinico proposto o della patologia in studio. Il tempo minimo di acquisizione dello studio dinamico è di 60 minuti, salvo riscontro di referto normale a 30 minuti. Per misurazione della funzionalità si intende una elaborazione della immagine o in senso di generazione di ROI e curve attività/tempo con estensione di parametri temporali o immagini parametriche.	159,80

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
61		92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5		374,05
61	*	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	Si tratta di immagini statiche renali acquisite sia in posizione supina che prona; se possibile eseguire 6 immagini (Ant, Post, OAD, OAS, OPD, OPS). La prestazione si intende bilaterale.	83,95
61	*	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	Comprende: Scintigrafia renale sequenziale. Lo studio è finalizzato ad ottenere informazioni qualitative sulla morfologia e funzione del singolo rene e delle vie escretrici. Può essere integrata dalla generazione di curve attività/tempo renografiche. Scintigrafia renale con calcolo della funzione renale globale separata. L'esame prevede l'esecuzione, con diverse procedure, di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni qualitative morfo-funzionali sul rene e le vie escretorie, sia dati quantitativi di clearance renale: GFR o ERPF a seconda del tracciante impiegato. I dati di funzionalità vanno espressi come funzione globale e separata. I metodi impiegati possono essere basati su un modello analitico (Piepsz: GRF) o su metodi empirici (Gates: GFR Schlegel: ERPF) ecc.	142,70
61		92.03.3		Scintigrafia sequenziale renale con calcolo di indici di funzionalità separata. L'esame prevede l'esecuzione di una scintigrafia sequenziale renale con associata elaborazione al computer, per ottenere sia informazioni morfo-funzionali qualitative sul rene e le vie escretrici, sia parametri semi-quantitativi temporali (Tmax, T50 sulla curva nefrografica ottenuta con l'impiego di ROI), sia % di funzione di un rene rispetto all'altro. 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).	
61	*	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	Si intende sia la localizzazione di una gastroenterorragia sia la ricerca di mucosa gastrica ectopica intestinale. Non comprende lo studio per la quantificazione di perdite occulte intestinali. E' indicata solo per la localizzazione di siti di sanguinamento o per escluderli. La ricerca, può essere protratta anche per 36 ore usando la tecnica della riiniezione. Occorre acquisire, immagini sequenziali per 60 minuti. Le acquisizioni di immagini successive e la loro sequenza temporale, verranno di volta in volta decise dal Medico Nucleare.	159,80
61	*	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	Se nella stessa seduta viene effettuata più di una prestazione il codice viene utilizzato per il numero delle prestazioni effettuate	288,80

Allegato 3)

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
61	*	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	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).	277,40
61	*	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	Lo studio trova indicazione nella determinazione della distribuzione corporea totale del midollo osseo per la valutazione di anomalie sia regionali che globali. Può essere impiegata per la individuazione di sedi adeguate alla biopsia o in associazione alla scintigrafia ossea in patologie oncologiche od osteomielitiche (in quest'ultimo caso è utile l'associazione con scintigrafia segmentaria o totale corporea con cellule autologhe marcate).	167,80
61	*	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	Qualora il medico nucleare ritenga necessario effettuare entrambe le prestazioni è raccomandabile che la massa eritrocitaria ed il volume plasmatico vengano determinate con tecniche indipendenti onde assicurare una maggior precisione dei dati. Possono essere adottate tecniche che prevedono la misura simultanea dei due parametri. Salvo esigenze cliniche particolari, è opportuno che la determinazione della massa eritrocitaria e del volume plasmatico non siano effettuate immediatamente dopo trasfusione. 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 trasfusione.	71,40
61	*	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	La marcatura in vitro di emazie autologhe è molto stabile e permette il protrarsi dei campionamenti ematici per almeno due settimane. I tempi di prelievo sono ravvicinati nella prima giornata (10-20-30-60-180 minuti, 6° ora) e a distanza di 24 ore i successivi per due settimane. Si tiene conto, nell'elaborazione dei dati, del fattore di eluizione del tracciante dalla cellula. Contemporaneamente alla esecuzione dei prelievi vengono effettuate misure di superficie con sonda con rivelatore a scintillazione collimata sul fegato, sulla milza e sul sacro (studio delle sedi di eritrocateresi). Per un corretto posizionamento delle sonde è opportuno eseguire una scintigrafia epatica e splenica con funzione di repere anatomico almeno 3 giorni prima dell'inizio dell'esame. E' inoltre necessaria la determinazione della massa eritrocitaria (codice 92.09.4) all'inizio ed alla fine dell'esame.	229,50
61	*	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	E' una metodologia che permette di calcolare con precisione il turnover plasmatico del ferro ed altri parametri come il metabolismo eritrocitario del ferro. Il periodo di campionamento ematico e di misure di superficie sui comportamenti interessati al metabolismo del ferro sono protratti fino al 14° giorno e l'analisi dei dati sperimentali implica l'adozione di modelli interpretativi con una analisi informatica più complessa. Questo codice va utilizzato anche per la Clearance plasmatica del ferro.	222,05

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
61	*	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	Lo studio completo comprende anche: a) lo studio statico precoce all'equilibrio artero-venoso (in genere una proiezione in Anteriore); b) il calcolo degli indici emodinamici espressi come dati semiquantitativi, parametrici, ecc. Infatti abitualmente, e salvo approcci analitici molto particolari, non si fornisce il dato quantitativo assoluto in ml/min/100gr. tessuto cerebrale.	195,25
61	*	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide	Da eseguirsi preferibilmente con gamma-camera. Obbligatori reperi anatomici. Raccomandabili, se indicati, rapporti ROI (es. parenchima/nodulo/i). La tecnica di sottrazione non è obbligatoria salvo se si impiega il Tl201.	295,65
61	*	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	Allo studio scintigrafico di un iniziale segmento articolare sede di patologia va sempre associato l'esame dell'articolazione controlaterale, ove questa esista, per ovvi motivi di correlazione. Le stesse considerazioni valgono anche per la scintigrafia scheletrica segmentaria.	89,05
61	*	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	Si intende la scintigrafia ossea o articolare con studio angiografico, una acquisizione all'equilibrio arterovenoso e uno studio statico del segmento interessato (trifasica)	121,00
61	*	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	In studio planare acquisizione di almeno 6 proiezioni (Ant, Post, Lat dx, Lat sin, OPdx e OPSin). In paziente non collaborante acquisire il massimo numero possibile di proiezioni. La dose di radiofarmaco deve essere di almeno 222 MBq (6mCi) se l'esame è effettuato dopo lo studio scintigrafico di ventilazione (altrimenti possono essere sufficienti 77 MBq (2 mCi)). Salvo impossibilità pratica, è preferibile che il paziente sia iniettato in posizione seduta. Obbligatorio eseguire uno studio Rx torace standard (due proiezioni) prima di porre indicazione all'esame scintigrafico. Lo studio Rx sarà anche indispensabile per la corretta interpretazione dello studio scintigrafico.	85,65
61	*	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	Lo studio di ventilazione dovrebbe seguire a quello di perfusione, in quanto una perfusione normale porrebbe fine alle indagini medico-nucleari, salvo specifica richiesta per quesiti diagnostici diversi da quelli di tromboembolia polmonare (TEP) (esempio: broncopatie croniche ostruttive ecc., nel qual caso i due studi potrebbero essere effettuati in giorni diversi). Nel caso di impiego di Xe133, eseguire una proiezione standard posteriore con almeno 740 MBq (20 mCi) di attività somministrata. Lo studio prevede tre fasi: singolo respiro, equilibrio e washout. Nel caso di impiego di Aerosol o altri radiofarmaci tecnezati, se lo studio è eseguito dopo quello di perfusione, la dose di radiofarmaco non deve essere inferiore a 222 MBq (6mCi) mentre se è eseguito prima della perfusione possono essere sufficienti 74 MBq (2mCi). Eseguire le 6 proiezioni corrispondenti a quelle dello studio perfusionale.	251,15
61	*	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusionale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	Per studio quantitativo si intende l'utilizzo di indici funzionali: parametri temporali o rapporti ventilazione/perfusione (V/P) o immagini parametriche, qualora le prestazioni 92.15.1 e 92.15.3 siano eseguite sequenzialmente.	25,45
61		92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO		256,85

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
61	*	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGIANDOLARE SEGMENTARIA	Procedura ottenibile mediante introduzione interstiziale sottocutanea di radiofarmaci, marcati con Tc99m di natura colloidale inerti o da aggregati molecolari. Vengono in genere effettuate acquisizioni con gamma camera tra 10-15 minuti, a 2-3 ore ed eventualmente lo studio può protrarsi a 6-24 ore. Le immagini statiche possono essere precedute da una acquisizione dinamica continua per circa 30-60 minuti.	170,65
61	*	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	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.	171,25
61	*	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	Da eseguirsi sempre in pazienti oncologici per stadiazione e per follow-up. Si intende tecnica total body.	199,75
61		92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali		28,35
68		0	PNEUMOLOGIA		
68		89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.		20,00
68		89.7	VISITA GENERALE - Visita specialistica , prima visita		30,00
68	*	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE -		22,75
68		89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE -		36,40
68	*	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco		36,40
68		89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria		22,75
68		89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -		22,75
68		89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -		45,50
68		89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso		13,40
68		89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -		18,20
68		93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta		5,75
68		93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)		8,05

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA		
<p>Linee-guida clinico diagnostiche su esame eco-Doppler.</p> <p><u>Il referto</u></p> <p>Il referto dell'esame eco-Doppler deve descrivere dettagliatamente l'albero vascolare in esame e le sue alterazioni in particolare:</p> <p>-Nello studio delle arterie e degli arti inferiori si devono prendere in considerazione l'aorta addominale, le arterie iliache, le femorali, le poplitee ed i vasi distali descrivendo le eventuali alterazioni di calibro o di decorso e le lesioni di parete. In presenza di eventuale lesione obliterativa si dovranno indicare con precisione la sede ed i caratteri (stenosi od ostruzione, grado della stenosi, estensione dell'ostruzione) ed il grado di ripercussione emodinamica a monte ed a valle. Si devono quindi evitare descrizioni generiche dalle quali non si possa evincere la sede e la gravita' della lesione ed in base alle quali non si possono prendere decisioni terapeutiche (mediche, radiologiche o chirurgiche). Si rammenta inoltre che lo studio delle arterie degli arti inferiori deve sempre comprendere la valutazione dell'aorta e delle arterie degli arti inferiori e che non e' lecito indagare solamente le arterie a valle dell'inguine ipotizzando una possibile alterazione ostruttiva delle arterie a monte o, peggio, demandando ad un successivo esame lo studio delle arterie sovrainguinali.</p> <p>-Anche nello studio delle arterie sovraortiche (vasi epiaortici, vasi arteriosi del collo) e' necessaria una precisa stima dell'entita' del processo obliterativo (stenosi, ostruzioni) comprendendo l'analisi delle carotidi, delle vertebrali e delle succlavie.</p> <p>-La valutazione delle vene degli arti inferiori o superiori in caso di trombosi deve indicare in modo accurato la sede del trombo, la sua estensione, se possibile i suoi caratteri (adeso o flottante). In caso di malattia varicosa (ove l'indicazione all'esame sia la valutazione cartografica delle varicosita') lo studio ultrasonografico non deve indicare genericamente la presenza delle varici (informazione che e' facilmente ottenibile con l'esame clinico), ma deve descrivere lo stato delle safene, la sede dei reflussi, la presenza e la sede di eventuali perforanti di interesse chirurgico, oltre che informare sullo stato del circolo profondo.</p> <p>-Analogamente nello studio dei vasi addominali arteriosi e venosi (arterie spleniche o renali, sistema portale) ci si deve attenere alle stesse regole di congruita' metodologica e chiarezza espositiva. Inoltre il referto deve riportare in calce nome e cognome del medico specialista che ha effettuato l'esame nonche' la relativa firma.</p> <p>Si consideri inoltre che l'innocuita', la relativa rapidita' di esecuzione ed il costo limitato dell'indagine eco-Doppler non devono indurre un ricorso indiscriminato e che, non di rado, una diagnosi non corretta comporta, oltre che un "danno clinico", un danno economico anche rilevante o per la necessita' di ripetizione dell'indagine o per il ricorso successivo ad esami invasivi.</p> <p><u>I test funzionali (o prove fisiche)</u></p> <p>Le manovre funzionali o fisiche durante l'esame eco-Doppler vascolare trovano indicazione solamente in casi selezionati (in un tasso non superiore al 5-10% delle eventualita').</p> <p>-Nello studio dei vasi epiaortici esse possono essere indicate nei casi in cui si sospetti fortemente, ed in modo esplicito, una compressione sull'arteria vertebrale da parte di osteofiti del rachide cervicale o, assai raramente, da parte di malformazioni osteo-articolari.</p> <p>-Nel sospetto di sindrome dello stretto toracico superiore o di intrappolamento arterioso o venoso dei vasi degli arti inferiori le manovre fisiche sono indispensabili. Si rammenta che tali alterazioni patologiche sono piuttosto infrequenti.</p> <p>-Nello studio della malattia varicosa e nel sospetto di malattia trombotica venosa esse non trovano alcuna indicazione.</p> <p>- Nella valutazione dell'arteriopatia obliterativa degli arti inferiori esse hanno indicazione solo se si sospetti la presenza di una lesione ostruttiva di grado moderato non evidenziabile nell'esame basale: tale situazione e' assai improbabile.</p> <p>In ogni caso, qualora il medico curante richieda l'esecuzione di prove fisiche, queste devono essere, oltre che congrue alla patologia in esame, descritte dettagliatamente o riferite con eponimo (ad esempio: manovra di Wright, manovra di Adson ecc..).</p> <p>NOTE alle prestazioni contraddistinte dai codici da 87.03 a 88.39.1</p> <p>E' indicato tra parentesi il numero di proiezioni o radiogrammi riconosciuti come mediamente sufficiente a garantire la completezza della prestazione; conseguentemente la tariffa individuata remunera la prestazione, indipendentemente dal numero di proiezioni e/o radiogrammi eseguiti per raggiungere il risultato diagnostico.</p>					
69		87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo		93,50
69	*	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	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.	140,25
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)		93,50

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	*	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	140,25
69		87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN] TC dei denti (arcata superiore o inferiore)		85,00
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]		93,50
69	*	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	140,25
69		87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]		93,50
69	*	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	140,25
69		87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialo-TC		28,35
69		87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto		19,80
69		87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		9,70
69		87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore		8,75
69		87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCATE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)		20,70
69		87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica		10,35
69		87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)		5,85
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		15,00
69		87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni		22,25
69	*	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	In caso di esame contemporaneo morfologico e dinamico la prestazione va codificata due volte. Si deve codificare due volte anche quando l'esame morfologico viene completato con le proiezioni oblique.	18,10

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69		87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale		25,15
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 vertebrale.	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.	25,15
69		87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico		48,75
69		87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)		34,90
69		87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)		23,00
69		87.38	FISTOLOGRAFIA		50,75
69	*	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	COMPRESA TC AD ALTA RISOLUZIONE (HRCT)	112,20
69	*	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovrà essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	158,95
69		87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare		16,75
69		87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE Tomografia monolaterale polmonare		11,80
69		87.43.1	RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale		25,15
69		87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola		19,35
69	*	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	In questa prestazione è da ricomprendersi il telecuore o torace due proiezioni o torace una proiezione	18,30
69	*	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (4 proiezioni)	Prestazione che comprende anche le eventuali oblique effettuate	29,50
69		87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni)		15,00
69		87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari		23,40
69		87.59.1	COLECISTOGRAFIA Incluso: esame diretto e prova di Bronner		17,00

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69		87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)		17,05
69		87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO		47,30
69		87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO		59,40
69		87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)		10,20
69		87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE		17,60
69		87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO		94,20
69		87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO		154,10
69		87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO		112,20
69	*	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,00
69		87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto		140,25
69	*	87.77	CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale	Prestazione effettuata sempre e solo ad integrazione della prestazione 87.73.	44,90
69	*	87.79	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)	Tale prestazione si intende comprensiva della regione vescicale.	19,40
69		87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto		140,25
69	*	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni	112,20
69	*	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al polo inferiore dei reni anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	158,95
69	*	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube.	93,50
69	*	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	Si intende la prestazione eseguita dalla cresta iliaca al pube anche se effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	141,00
69	*	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	Si intende la prestazione eseguita dal diaframma al pube	140,25

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	*	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	187,00
69	*	88.19	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	Codice da utilizzarsi anche per l'esame diretto dei vasi.	29,00
69		88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale		25,15
69		88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio		25,15
69		88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano		18,70
69		88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca		18,70
69	*	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	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.	26,65
69	*	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	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.	25,25
69	I	88.29	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)		17,20
69	*	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	Nel caso in cui si effettuino 2 proiezioni utilizzare codice 87.29	30,25
69	*	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	Proiezioni a 30°, 60°, 90°.	27,90
69		88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO		31,50
69		88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		46,75
69		88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)		46,75
69	*	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	Si intende la prestazione di TC cervicale o dorsale o lombosacrale (non meno di 3 spazi discali o 4 metameri interessati)	93,50
69	*	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	Si intende la prestazione di TC cervicale o dorsale o lombosacrale (non meno di 4 metameri interessati o tre spazi discali). Comprende anche la prestazione effettuata solo con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito. In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio intersomatico o metamero codificare anche 88.90.3	140,25
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]		93,50

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
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].	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.	140,25
69		88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache		93,50
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]		93,50
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].	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.	140,25
69	*	88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio	Si intende la prestazione effettuata con iniezione di m.d.c. intraarticolare.	140,25
69	*	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	La prestazione ecografica della tiroide-paratiroide comprende lo studio nella stessa seduta delle due formazioni anatomiche. Di norma include anche ricerca sedi ectopiche.	28,45
69	A *	88.72.6	ECOCARDIOGRAFIA	L'esame deve comprendere: a) Ecocardiogramma morfologico M - Mode B - Mode; b) Ecocardiogramma funzionale (doppler): pulsato - continuo - color doppler. Il referto deve riportare dettagliatamente gli esiti delle singole procedure.	61,05
69		88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale		35,90
69		88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale		23,40
69		88.73.5	ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica		43,90
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)	Compreso anche l'eventuale eco(color)doppler. L'esame interessa il tronco portale e rami del tronco celiaco, i rami dei vasi renali.	43,90
69		88.75.1	ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminili Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)		32,05
69	*	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	Comprende l'addome superiore ed inferiore effettuati nella stessa seduta. Tale codice va utilizzato anche per la prestazione di ecografia dell'intestino.	60,45
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		43,90
69		88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)		14,05

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)		28,05
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		21,25
69	*	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni.	178,50
69	*	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	Almeno 6 sequenze in 3 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	272,00
69	*	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Con almeno tre sequenze in 2 proiezioni.	160,10
69	*	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. 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.	249,45
69	*	88.91.5	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	46,75
69	*	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi- ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	149,60
69	*	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi]. Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. 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.	243,10
69		88.91.8	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.7	170,00
69	I *	88.91.9	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	Prestazione eseguita a completamento della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	85,00
69	I *	88.91.A	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto	Prestazione effettuata non a completamento della prestazione 88.91.2	170,00
69	I *	88.91.B	SPETTROSCOPIA	Prestazione eseguita <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.1 o 88.91.2	127,50
69	I *	88.91.C	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.91.2 o 88.91.7	37,40
69	I *	88.91.D	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto	Prestazione effettuata <u>non a completamento</u> della prestazione 88.91.2	136,00
69	*	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	187,00
69	*	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	280,50

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	*	88.92.2	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	Prestazione eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.1	46,75
69	*	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	Almeno 4 sequenze in 4 proiezioni.	187,00
69	*	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	almeno 5 sequenze in 4 proiezioni. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	280,50
69	*	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	Prestazione di CINE RM eseguita sempre ad integrazione della prestazione 88.92.3 o 88.92.4	46,75
69		88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale		140,25
69	*	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Monolaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	Almeno 2 sequenze in 2 proiezioni. 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.	204,00
69	*	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	140,25
69	*	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	204,00
69	*	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	Almeno 3 sequenze in 2 proiezioni.	154,45
69	*	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. 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.	241,70
69	I *	88.93.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) secondo distretto	Prestazione che integra 88.93 o 88.93.1 per l'eventuale secondo distretto esaminato.	154,45
69	I *	88.93.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA ulteriore distretto	Prestazione che integra la prestazione 88.93.2 per l'eventuale terzo distretto esaminato.	76,50
69	*	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino- RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]	Almeno 4 sequenze in 3 proiezioni. Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati.	149,60
69	*	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHLETRICA SENZA E CON CONTRASTO- RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino-RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]	Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati. Almeno 5 sequenze in 3 proiezioni. 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.	243,10
69	*	88.94.3	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	204,00
69	I *	88.94.4	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI	La prestazione deve essere sempre eseguita con mezzo di contrasto. In caso di utilizzo del medico anestesista il referto dovra' essere accompagnato dalla dichiarazione dell'anestesista stesso, con l'indicazione precisa del tipo di intervento eseguito.	272,00

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
69	I *	88.94.A	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - piccole articolazioni + ginocchio: Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede [caviglia, piede]	Almeno 4 sequenze in 3 proiezioni. Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva dei segmenti individuati.	127,50
69	I *	88.94.B	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA piccole articolazioni SENZA E CON CONTRASTO : Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede	Ogni prestazione di RM indicata deve essere, ovviamente, intesa quale comprensiva di segmenti individuati. 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.	212,50
69	*	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	187,00
69	*	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	Almeno 5 sequenze in 2 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.	280,50
69	*	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.2	46,75
69	*	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni.	187,00
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	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.	280,50
69	*	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	Prestazione da eseguirsi sempre ad integrazione della prestazione 88.95.5	46,75
69	I *	88.95.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Almeno 4 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	280,50
69	I *	88.95.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto	Almeno 5 sequenze in 2 proiezioni. Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	365,50
69	I *	88.95.9	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	Si intende la prestazione eseguita su addome superiore ed inferiore nella stessa seduta.	85,00
69		89.7	VISITA GENERALE		30,00

Allegato 3)

BRANCA	NOTA	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
70		0	RADIOTERAPIA		
<p>NOTE:</p> <p>- INDICAZIONI PER LE PRESTAZIONI DI CUI AI CODICI DA 92.23.1 A 92.27.5: Per focolaio si deve intendere il volume trattato in continuità, anche se diviso in più campi (ad esempio il volume tumorale primitivo e l'area linfonodale adiacente, anche se trattati con campi diversi). Localizzazioni metastatiche distanti costituiscono focolai diversi anche se trattati nella stessa seduta. Quando si usano due fasci di natura diversa (esempio fotoni ed elettroni) o due apparecchiature diverse (esempio LINAC ed unità di Cobalto), benché vi sia continuità di focolaio si tratta comunque di sedute distinte, per cui vigono tariffe diverse. Con il termine "campi multipli" si intende ogni trattamento con più di un campo (anche solo due purché non contrapposti) e tutti i campi vengono effettuati nella stessa seduta. La tecnica "FLASH" individua trattamenti effettuati in una sola seduta o in breve ciclo di sedute (massimo 5). In brachiterapia i trattamenti pulsati (PHDR) equivalgono all'HDR. Le tariffe relative ai trattamenti di brachiterapia non sono comprensive del costo degli anestesisti.</p> <p>- INDICAZIONI PER LE PRESTAZIONI DI CUI AI CODICI DA 92.28.1 A 92.28.6: Le prestazioni devono intendersi erogabili nel rispetto delle vigenti disposizioni in materia di radioprotezione.</p>					
70		38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC		31,45
70		38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM		50,25
70		88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5) Studio fisico-dosimetrico (92.29.5).		28,05
70	*	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	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	20,00
70	*	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - visita radioterapica pretrattamento- stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	Si considera visita radioterapica pretrattamento anche la visita cui non segue un piano terapeutico	40,00
70	I*	89.04	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	Consiste nella scelta dei parametri fondamentali del trattamento: bersaglio, dosi, frazionamento, ecc.	25,15
70	*	92.21.1	ROENTGENTERAPIA Per seduta	Per seduta e per focolaio. La voce Roentgenterapia comprende anche la voce Plesioterapia	15,40
70		92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato		21,25
70		92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato		25,50
70		92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato		50,50
70		92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato		35,10
70		92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato		50,50
70		92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato		75,75
70		92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO Per seduta e per focolaio trattato		50,50

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
70		92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq		66,10
70		92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi		13,90
70		92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA		175,95
70	*	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con simulatore radiologico (intero trattamento)	La simulazione comporta: 1 - lo studio radioscopico del volume corporeo da irradiare 2 - la determinazione sulla superficie corporea dei punti di reperi necessari all'irradiazione; 3 - l'esecuzione del o dei radiogrammi ritenuti necessari a documentare la tecnica. La specificazione "intero trattamento" deve essere intesa come l'insieme delle terapie eseguite su un definito focolaio: ogni modifica del focolaio considerato (contemplato in numerosi protocolli di trattamento, ad esempio una sovradosa su un volume ridotto) comporta l'inizio di un nuovo trattamento. L'eventuale iniezione del mezzo di contrasto va codificata a parte (38.99.1).	53,05
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)		95,95
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)		126,25
70	*	92.29.4	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.	Si tratta dello studio senza la produzione di mappe insodose; 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.	23,35
70	*	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	L'esecuzione della prestazione prevede anche il computo della dose assoluta e, quindi, va codificato anche 92.29.4. Si applica il codice 92.29.5 anche in caso di utilizzo RM. Nel caso si utilizzino entrambe le tecniche, entrambe vengono codificate.	88,40
70	*	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO Controllo fisico della ripetibilità del trattamento. Controllo fisico per radioprotezione	Sono compresi in questo gruppo:ogni singolo portal film effettuato -ogni singolo punto di misura di dosimetria in vivo- i controlli con sistema "on line" ogni volta che vengono effettuati (eventualmente tutti i giorni se vengono effettuati tutti i giorni)	10,90
70	*	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	Va codificato ogni singolo schermo confezionato, esclusi gli schermi standard. In questa voce viene compreso l'uso dei collimatori "multilift", codificando ogni distinta conformazione utilizzata nel corso del trattamento.	46,50
70	*	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)	Si intende qualunque manufatto personalizzato (es. maschere, schiume, sistemi a vuoto spinto) o apparecchiatura graduata che consenta la perfetta immobilizzazione e ripetitività del posizionamento.	99,20
70	*	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (Intero trattamento)	E' da codificare ogni singolo filtro confezionato, esclusi i filtri standard. Nella voce è compreso il bolus personalizzato.	85,00
70	I	92.30.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO Con apparecchio ecografico (intero trattamento)		20,25
70	I*	92.31	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	Lo studio dosimetrico viene eseguito su sezioni corporee ottenute mediante pantografi, profilatori meccanici od ottici	60,65

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
98		0	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA- VIROLOGIA-ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA-GENETICA- IMMUNOEMATOLOGIA E S. TRASF.		
98		90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)		10,65
98		90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]		11,40
98		90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]		1,35
98		90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]		2,60
98		90.05.2	ALDOLASI [S]		2,80
98		90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]		14,65
98		90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]		10,80
98		90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]		2,45
98		90.07.5	AMMONIO [P]		9,10
98		90.08.2	ANGIOTENSINA II		13,95
98		90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]		1,35
98		90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]		10,80
98		90.10.4	BILIRUBINA TOTALE		1,25
98		90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA		1,55
98		90.11.1	C PEPTIDE		11,60
98		90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)		48,25
98		90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]		1,30
98		90.11.5	CALCITONINA		14,60
98		90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)		5,35
98		90.13.3	CLORURO [S/U/dU]		1,25
98		90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]		9,10
98		90.14.1	COLESTEROLO HDL		1,90
98		90.14.3	COLESTEROLO TOTALE		1,25
98		90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)		1,55
98		90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]		20,55
98	*	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	La voce si applica anche per "cortisolo salivare"	10,65
98		90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)		2,00
98		90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK- MB)		3,75
98		90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]		1,30
98		90.16.4	CREATININA CLEARANCE		1,80
98		90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)		15,40
98		90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE		9,65
98		90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)		22,90
98		90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)		18,45
98		90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]		13,05
98		90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]		7,70
98		90.19.5	ESTRONE (E1)		15,15
98		90.21.1	FARMACI DIGITALICI		11,10
98		90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)		4,95
98		90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO		3,90
98		90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]		9,10
98		90.22.5	FERRO [S]		1,55
98		90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]		9,10
98		90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]		10,35
98		90.23.4	FOSFATASI ACIDA		1,80
98		90.23.5	FOSFATASI ALCALINA		1,40
98		90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)		11,35
98		90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]		1,60
98		90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]		1,25
98		90.26.1	GASTRINA [S]		11,65

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
98		90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)		7,45
98		90.26.3	GLUCAGONE [S]		8,35
98		90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)		2,45
98		90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)		4,75
98		90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]		1,30
98		90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U])		6,65
98		90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)		14,25
98		90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)		30,60
98		90.29.1	INSULINA [S]		9,65
98		90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]		1,30
98		90.29.3	LATTE MULIERBE		4,00
98		90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		4,00
98		90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'		4,20
98		90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]		10,30
98		90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)		55,90
98		90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]		1,70
98		90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]		11,00
98		90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]		10,60
98		90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)		25,45
98		90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]		21,05
98		90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)		13,35
98		90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]		1,25
98		90.38.1	PROGESTERONE [S]		12,45
98		90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]		9,70
98		90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5)		28,15
98		90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.		4,65
98		90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]		1,25
98		90.40.2	RENINA [P]		25,85
98		90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]		1,25
98		90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO		4,65
98		90.41.2	TEOFILLINA		11,00
98		90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]		12,15
98		90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)		15,65
98		90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)		11,65
98		90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)		23,25
98		90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)		9,10
98		90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)		4,00
98		90.42.5	TRANSFERRINA [S]		5,20
98		90.43.2	TRIGLICERIDI		2,10
98		90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)		9,15
98		90.43.5	URATO [S/U/dU]		1,30
98		90.44.1	UREA [S/P/U/dU]		1,40
98		90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO		3,90
98		90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)		0,75
98		90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO		7,45

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
98		90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]		9,30
98		90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)		12,20
98		90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)		11,45
98		90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)		12,70
98		90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)		18,55
98		90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)		18,10
98		90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)		16,45
98		90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)		15,50
98		90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)		15,50
98		90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)		12,10
98		90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)		10,60
98		90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)		18,45
98		90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)		10,60
98		90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)		22,05
98		90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE		5,20
98		90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]		6,90
98		90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)		6,65
98		90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA		1,00
98		90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.		4,15
98		90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]		2,50
98		90.64.2	FATTORE REUMATOIDE		4,75
98		90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE		2,65
98	*	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)	La tariffa si intende per singolo allergene e la ricetta può contenere fino a 8 prescrizioni.	8,50
98		90.68.3	IgE TOTALI		11,10
98		90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE		16,40
98		90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)		5,85
98		90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]		4,35
98		90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]		1,00
98		90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]		1,25
98		90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)		4,75
98		90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE		3,05
98		90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)		8,55
98		90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]		5,50
98		90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)		2,60
98		90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)		2,55
98		90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)		5,20
98		90.82.4	VALORE EMATOCRITO		0,80
98		90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)		2,10
98		90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE		8,80

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
98		90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)		6,55
98		90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas		12,50
98		90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)		1,95
98		90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.		2,55
98		90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]		3,40
98		90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.		6,80
98		90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.		6,35
98		90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.		6,35
98		90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.		27,00
98		90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.		8,50
98		90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae		9,65
98		90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA		2,85
98		91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)		3,70
98		91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE		3,25
98		91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)		3,70
98		91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA		2,85
98		91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)		4,85
98		91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]		3,40
98		91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]		6,80
98		91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]		4,85
98		91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)		11,10
98		91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]		5,80

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
98		91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]		3,40
98		91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI		9,35
98		91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM		11,00
98		91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg		8,85
98		91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM		9,45
98		91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg		9,35
98		91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg		9,00
98		91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg		9,05
98		91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg		10,35
98		91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI		10,35
98		91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI		12,05
98		91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM		21,75
98		91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg		18,00
98		91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)		7,65
98		91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]		8,70
98		91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI		11,10
98		91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]		11,40
98		91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		27,80
98		91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		27,80
98		91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)		14,45
98		91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.		27,80
98		91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea		27,80
98		91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice		14,45
98		91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice		14,45
98		91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)		14,45
98		91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale		27,80
98		91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale		14,45
98		91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica		40,25
98		91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)		14,45
98		91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare		14,45

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
98		91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)		14,45
98		91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch		44,55
98		91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica		44,55
98		91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali		14,45
98		91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)		14,45
98		91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea		14,45
98		91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica		47,45
98		91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica		47,45
98		91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari		14,45
98		91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).		47,45
98		91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina		14,45
98		91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)		14,45
98		91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)		14,45
98		91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene		14,45
98		91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare		14,45
98		91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale		14,45
98		91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)		14,45
98		91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale		14,45
98		91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica		47,45
98		91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia		27,80
98		91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale		47,45
98		91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale		81,30
98		91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare		81,30
98		91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea		47,45
98		91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico		27,80
98		91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO		2,65
98		91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO		2,60
98		91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO		2,60

Allegato 3)

B R A N C A	N O T A	CODICE D.M. 22/7/96	DESCRIZIONE	MODALITA' DI RILEVAZIONE E LINEE GUIDA NAZIONALI E REGIONALI	TARIFFA EURO
--	----------------------------	------------------------------------	--------------------	---	-------------------------

Nota:

LEGENDA

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

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

Escluso: Le procedure o le prestazioni che seguono tale termine non sono comprese nella descrizione.

Incluso: Il termine raggruppa ulteriori specificazioni o esempi di prestazioni o procedure che devono intendersi comprese in quel codice.

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

NAS: Non altrimenti specificato. Le prestazioni recanti la dizione "NAS" devono essere utilizzate esclusivamente quando non sia presente la specifica prestazione. Le tariffe corrispondenti possono essere riconosciute solo in tale caso e mai contemporaneamente alle tariffe delle prestazioni specifiche.

*: L'asterisco indica le prestazioni la cui erogabilità a carico del Fondo Sanitario è condizionata da Linee guida.

I: la lettera I indica l'inserimento di nuova prestazione.

A: la lettera A indica l'accorpamento per profilo di trattamento.

HS: L'esecuzione deve essere effettuata secondo le indicazioni regionali riguardanti la trasformazione dell'erogazione delle prestazioni dal regime di day surgery a quello ambulatoriale in strutture autorizzate all'attività di day surgery (DGR n. 84-10526 del 29.12.2008 e s.m.i.).

P: L'esecuzione è "a pacchetto" e comprende più prestazioni come indicato nelle specifiche descritte nella colonna "modalità di rilevazione e linee guida nazionali e regionali".

ALLEGATO 4

Comprende le prestazioni con le tariffe di riferimento per la determinazione degli importi in ordine all'individuazione della quota di partecipazione alla spesa sanitaria da parte dei cittadini.

(elencate in ordine di branca specialistica)

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
01		0	ALLERGOLOGIA	
01	89.01	*	VISITA DI CONTROLLO	11,65
01	89.07	H I R*	VISITA MULTIDISCIPLINARE	45,50
01	89.12	*	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria	13,95
01	89.12.A	I R*	RINOMANOMETRIA CON TEST DI PROVOCAZIONE	100,00
01	89.37.1	R *	SPIROMETRIA SEMPLICE. Non associabile a 89.37.4	23,25
01	89.37.4	R *	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	37,20
01	89.37.5	R*	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE aspecifico	55,80
01	89.37.6	I R *	TEST DI PROVOCAZIONE BRONCHIALE CON AGENTE BRONCOCOSTRITTORE - Singolo stimolo (specifico/allergene)	46,50
01	89.38.8	R*	MISURA OSSIDO NITRICO ESALATO	23,25
01	89.7	*	PRIMA VISITA ALLERGOLOGICA	18,60
01	89.7.2	I R *	VALUTAZIONE CLINICA	20,70
01	91.49.2	*	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	2,60
01	91.90.1	R	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	6,05
01	91.90.4	R	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI E ALIMENTI (Prick test- Fino a 7 allergeni)	11,65
01	91.90.5	R	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 25 allergeni)	32,55
01	91.90.6	I R	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA E RITARDATA PER FARMACI (fino a 7 allergeni)	23,25
01	91.90.7	I H R*	TEST DI TOLLERANZA CON FARMACI E DI PROVOCAZIONE ORALE CON ALIMENTI ED ADDITIVI (per singola dose)	6,05
01	91.90.A	IR*	PRICK BY PRICK CON ALLERGENI FRESCI	15,85
01	91.90.B	IH R*	TEST EPICUTANEO IN APERTO (Open test) (per singolo allergene)	5,70
01	93.82.2	R *	TERAPIA EDUCAZIONALE DELL'ASMATICO	1,10
01	99.12	R*	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	6,70
01	99.13	R*	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	11,65
08		0	CARDIOLOGIA	
08	38.22		ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30
08	38.22.1		CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30
08	39.92		INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	8,75
08	88.71.2		STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,00
08	88.71.3		COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -	49,10
08	88.72.4	*	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFOGEEA - Ecocardiografia transesofagea	77,50
08	88.72.5	R	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -	41,35
08	88.72.6	A *	ECOCARDIOGRAFIA	71,80
08	88.72.7	I *	ECOCARDIOGRAFIA DA STRESS CON PROVA FISICA O FARMACOLOGICA	109,50
08	88.73.5		ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	43,90
08	88.77.1		ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	24,80
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	43,90
08	88.77.3		(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -	23,25
08	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima.	11,65
08	89.41	*	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	55,80
08	89.42		TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS -	18,60
08	89.43	*	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO - Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	55,80
08	89.44		ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO - Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	55,80
08	89.44.1	*	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	98,65
08	89.48.1	*	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER -	23,25
08	89.48.2	I *	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE DEFIBRILLATORE IMPIANTABILE	45,45
08	89.50	*	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO - Dispositivi analogici (Holter)	62,00
08	89.52		ELETTROCARDIOGRAMMA -	11,65

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
08	89.54		MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO - Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia	46,50
08	89.54.1	I	MONITORAGGIO DINAMICO ECG CON CARDIO - BIP	44,95
08	89.54.2	I	REGISTRAZIONE ECG DEI POTENZIALI TARDIVI	37,70
08	89.54.3	I	ECG CON TEST PROVOCATIVI E/O PROVE FARMACOLOGICHE	22,75
08	89.54.4	I	ECG TRANSESOFAGEO	76,95
08	89.54.5	I H	ECG TRANSESOFAGEO CON STUDIO ELETTROFISIOLOGICO	142,55
08	89.58.1		FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	18,60
08	89.58.2		FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	27,90
08	89.58.3		FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60
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)	18,60
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)	27,90
08	89.58.6		PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	20,70
08	89.58.7		PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60
08	89.58.8		PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -	18,60
08	89.59.1	*	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA -	41,35
08	89.61.1	*	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	41,35
08	89.62		MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -	46,50
08	89.7	*	VISITA GENERALE - Visita specialistica, prima visita	18,60
08	99.29.2		INIEZIONE PERIARTERIOSA -	10,10
09		0	CHIRURGIA GENERALE	
09	06.01		ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	61,50
09	06.11.1		BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	43,40
09	06.11.2	*	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	61,50
09	06.13	H	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI -	67,15
09	34.24	H	BIOPSIA DELLA PLEURA - Biopsia con ago sottile	129,15
09	34.91	H	TORACENTESI -	93,00
09	34.91.1	H	TORACENTESI TC-guidata	165,30
09	40.11		BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE - Biopsia di linfonodi cervicali, supraclavari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	41,85
09	40.19.1	H	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)	59,30
09	40.19.2	H	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)	104,60
09	41.31		BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO -	34,90
09	48.35	H	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirrettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolotomia rettale	34,90
09	49.01		INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE -	34,90
09	49.02		ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI - Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)	34,90
09	49.11		FISTULOTOMIA ANALE - Extrasfinterica	34,90
09	49.23		BIOPSIA DELL' ANO -	23,80
09	49.31		ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO - Escissione di papilla anale ipertrofica	41,85
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)	41,85
09	49.42		INIEZIONI DELLE EMORROIDI -	16,55
09	49.45		LEGATURA DELLE EMORROIDI -	41,85
09	49.46		ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI - Emorroidectomia NAS	41,85
09	49.47		RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE -	41,85
09	49.59		SFINTEROTOMIA ANALE - Divisione di sfintere NAS (interna)	41,85
09	50.11	H	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato	77,50
09	50.19.1	H	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata	154,95

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
09	50.91	H	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC	154,95
09	54.22		BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO -	20,95
09	54.24	H	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE - Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	62,00
09	54.91		DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE - Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneo-peritoneale (54.93)	34,90
09	54.91.1	H	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata	129,15
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)	33,50
09	83.21		BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI - Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	33,50
09	83.21.1		BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI	47,45
09	83.31		ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE - Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	33,50
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)	7,00
09	85.0		MASTOTOMIA - Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi	29,75
09	85.11		BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA -	24,80
09	85.11.1		BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	37,20
09	85.20		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS - Incisione di accesso mammario	29,75
09	85.21		ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA - Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	29,75
09	85.21.1	*	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	37,20
09	86.01		ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	7,75
09	86.02.1		SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE -	15,50
09	86.03		INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE - Escluso: Marsupializzazione	26,35
09	86.04		INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO - Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenare, cisti o seno pilonidale (86.03)	37,20
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)	37,20
09	86.11		BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -	13,95
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	17,05
09	86.23		RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE -	25,60
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)	17,05
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)	8,45
09	86.30	I	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO	31,10
09	86.81		RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO -	22,75
09	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
09	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
09	96.22		DILATAZIONE DEL RETTO -	9,75
09	96.23		DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE -	9,75
09	96.26		RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE -	11,65
09	96.27		RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA -	11,65
09	98.18		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE -	10,10
09	98.20		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS -	7,75

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
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	7,75
09	98.25		RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE -	7,75
09	98.26		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE -	7,75
09	98.27		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE -	7,75
09	98.28		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE -	7,75
09	98.29		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE -	7,75
12		0	CHIRURGIA PLASTICA	
12	86.02.2		INFILTRAZIONE DI CHELOIDE -	9,05
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 (matrice u	17,05
12	86.24		CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute	7,20
12	86.25		DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	17,05
12	86.30	I	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO	31,10
12	86.4		ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE - Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	28,45
12	86.59.1		SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO -	28,45
12	86.59.2		SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO - Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	8,45
12	86.59.3		ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO -	11,40
12	86.60	H	INNESTO CUTANEO, NAS - Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	206,60
12	86.61	H	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	258,25
12	I H	86.61.A	Impianto sottocute di materiale riassorbibile o non riassorbibile in pazienti in trattamento antiretrovirale	76,50
12	86.62	H	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO - Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	206,60
12	86.71	H	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI - Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo	309,90
12	86.72	H	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO -	309,90
12	86.73	H	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO - Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	309,90
12	86.74	H	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI - Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	413,20
12	86.75	H	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)	258,25
12	86.84	H	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE - Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	258,25
12	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
12	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
12	93.57.1		MEDICAZIONE DI USTIONI -	9,75
14		0	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	
14	38.22		ANGIOSCOPIA PERCUTANEA - Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30
14	38.22.1		CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE - Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30
14	38.59.1	H	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali	209,20
14	38.98	H	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	31,00
14	39.92		INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI - Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	8,75
14	88.71.2		STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,00
14	88.71.3		COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -	49,10

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
14	88.73.5		ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	43,90
14	88.76.2		ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI - Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali	32,05
14	88.77.1		ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	24,80
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	43,90
14	88.77.3		(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI -	23,25
14	89.58.1		FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	18,60
14	89.58.2		FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	27,90
14	89.58.3		FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60
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)	18,60
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)	27,90
14	89.58.6		PLETISMOGRAFIA PENIENA - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	20,70
14	89.58.7		PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI - A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60
14	89.58.8		PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO -	18,60
14	89.62		MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE -	46,50
14	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
14	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
14	99.29.2		INIEZIONE PERIARTERIOSA -	10,10
19		0	ENDOCRINOLOGIA	
19	06.11.1		BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE - Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	43,40
19	06.11.2	*	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	61,50
19	88.71.4	*	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,45
19	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
19	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
29		0	NEFROLOGIA	
29	38.95	H	CATERETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio	258,25
29	39.95.1	H	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	154,95
29	39.95.2	R	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	129,15
29	39.95.3		EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	103,30
29	39.95.4	H *	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI	165,30
29	39.95.5	H *	EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	232,45
29	39.95.6	R *	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrana a permeabilità elevata	206,60
29	39.95.7	R H *	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili.	258,25
29	39.95.8	H	EMOFILTRAZIONE	258,25
29	39.95.9	H *	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	206,60
29	39.95.A	I R *	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI ad assistenza limitata	149,80
29	39.95.B	I R *	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCAMPATIBILI in assistenza domiciliare	118,80
29	39.95.C	I R *	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili ad assistenza limitata	232,45
29	39.95.D	I R	EMOFILTRAZIONE ad assistenza limitata	232,45
29	39.99.1	R H	VALUTAZIONE FLUSSO ARTEROVENOSO MAX 1 MESE	17,50
29	54.93	R H	INSERZIONE DI CATETERE PERITONEALE	104,60
29	54.98.1	R *	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	54,75
29	54.98.2	R H *	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	46,50
29	54.98.3	I R *	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA, APD	72,30
29	54.98.4	I R H *	DIALISI PERITONEALE AD ALTA ASSISTENZA E/O ADDESTRAMENTO	154,95

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
29	54.98.5	I R	DIALISI PERITONEALE	6,00
29	88.74.5		ECO(COLOR) DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI	34,10
29	88.74.6	I R H *	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	28,45
29	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima.	11,65
29	89.03	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale	20,70
29	89.61.1	*	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA -	41,35
29	89.7	R H *	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita.	18,60
29	96.57	R H *	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	15,50
29	97.29.1	H	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere.	15,50
29	97.82	H	RIMOZIONE DI CATETERE PERITONEALE	9,75
29	99.23	*	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,75
29	99.24.1		INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -	11,65
29	99.71	H	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	439,00
29	89.07	HR *	CONSULTO DEFINITO COMPLESSO	46,50
29	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
29	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
30			NEUROCHIRURGIA	
30	03.91	H	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	103,30
30	03.92	H	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi - Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, - Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	103,30
30	04.11.1		BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI -	51,15
30	05.31	H	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA - Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore - Blocco del Ganglio celiaco - Blocco del Ganglio stellato - Blocco del simpatico lombare	77,50
30	05.32	H	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -	129,15
30	99.29.1		INIEZIONE PERINERVOSA -	10,10
30	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
30	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
32		0	NEUROLOGIA	
32	88.71.1		ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfontanellare	31,25
32	88.71.2		STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO - Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,00
32	88.71.3		COLOR DOPPLER TRANSCRANICO -	49,10
32	89.13		VISITA NEUROLOGICA -	18,60
32	89.14		ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	23,25
32	89.14.1		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	34,90
32	89.14.2		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	34,90
32	89.14.3		ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore -	46,50
32	89.14.4		ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore -	34,90
32	89.14.5		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio	34,90
32	89.15.1		POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	23,25
32	89.15.2		POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	48,85
32	89.15.3		POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	34,90
32	89.15.4		POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	34,90
32	89.15.5		TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO - Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	55,80
32	89.15.6		POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50
32	89.15.7		POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50
32	89.15.8		POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia	41,85
32	89.15.9		POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico	93,00
32	89.17		POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali	139,45
32	89.18.1		TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA -	139,45
32	89.18.2		MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -	139,45

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
32	89.19.1		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -	27,90
32	89.19.2		POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,15
32	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
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)	7,75
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	7,75
32	93.08.1		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)	10,35
32	93.08.2		ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA - Densità delle fibre	10,35
32	93.08.3		ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA - Esame ad ago	10,35
32	93.08.4		ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	13,45
32	93.08.5	*	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,35
32	93.08.6	*	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	10,35
32	93.08.7		TEST PER TETANIA LATENTE - Incluso: EMG	10,35
32	93.08.8		TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG	10,35
32	93.09.1		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	10,35
32	93.09.2		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	10,35
32	93.89.1		TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	8,75
32	93.89.2		TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,45
32	93.89.3		TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI - Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche - Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10
32	94.01.2		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -	15,50
32	94.02.1		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,85
32	94.02.2		TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -	5,85
32	94.08.1		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -	5,85
32	94.08.2		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -	5,85
32	94.08.4		ESAME DELL' AFASIA - Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	27,15
32	99.29.9		INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA -	9,75
33		0	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	
33	89.14		ELETTROENCEFALOGRAMMA - Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione - (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) - Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	23,25
33	89.14.1		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	34,90
33	89.14.2		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	34,90
33	89.14.3		ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	46,50
33	89.14.4		ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore	34,90
33	89.14.5		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE - Con mappaggio	34,90
33	89.15.1		POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	23,25
33	89.15.2		POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	48,85
33	89.15.3		POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	34,90
33	89.15.4		POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	34,90
33	89.15.6		POLIGRAFIA - Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50
33	89.15.8		POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Per ricerca di soglia	41,85
33	89.15.9		POTENZIALI EVOCATI UDITIVI - Da stimolo elettrico	93,00
33	89.17		POLISONNOGRAMMA - Diurno o notturno e con metodi speciali	139,45
33	89.18.2		MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA -	139,45
33	89.19.1		ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE -	27,90
33	89.19.2		POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,15
33	89.7	*	VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
33	93.01.5	A *	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	25,50

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
33	93.01.A	I	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI FONO ARTICOLATORIE E DELLA DEGLUTIZIONE IN SOGGETTI CON GRAVE DISABILITA' MOTORIA	30,00
33	93.01.B	I*	VALUTAZIONE CLINICA MULTIPROFESSIONALE IN PAZIENTI CON PATOLOGIA COMPLESSA	30,00
33	93.03.1	I*	VALUTAZIONE NEUROPSICOMOTORIA	30,00
33	93.03.2	I*	VALUTAZIONE AUSILI E SISTEMI DI POSTURA	30,00
33	93.04.4	A*	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	12,95
33	93.08.1		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisonnogramma (89.17)	10,35
33	93.08.5	*	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,35
33	93.08.6	*	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	10,35
33	93.08.8		TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA - Incluso: EMG	10,35
33	93.09.1		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	10,35
33	93.09.2		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	10,35
33	93.11.7	A*	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	25,15
33	93.72.3	A*	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	28,05
33	93.72.4	A*	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	39,10
33	93.72.5	A*	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	5,00
33	93.72.6	A*	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	5,00
33	93.72.7	I*	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA DI GRUPPO	7,00
33	93.72.8	I*	RIEDUCAZIONE NEUROPSICOMOTORIA INDIVIDUALE	22,00
33	93.72.9	I	RIEDUCAZIONE COGNITIVA INDIVIDUALE	22,00
33	94.02.3	A*	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COGNITIVE (da 94.01.1 a 94.08.2 della branca 40)	30,00
33	94.08.7	A*	VALUTAZIONE PSICO-DIAGNOSTICA (da 94.08.3 a 94.08.6)	30,00
33	94.09		COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	19,40
33	94.09.1	I*	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO CON ANAMNESI EVOLUTIVA	22,30
33	94.09.2	I	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN TRATTAMENTO FKT/LOGOPEDICO	22,30
33	94.09.4	I	COLLOQUIO CON GENITORI DI PAZIENTI IN CARICO	22,30
33	94.12.1	*	VISITA NEUROPSICHIATRICA INFANTILE DI CONTROLLO	11,65
33	94.19.1		COLLOQUIO PSICHIATRICO	19,40
33	94.3		PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	19,40
33	94.42		PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta	23,25
33	94.42.1	I*	PSICOTERAPIA CONGIUNTA (MADRE-BAMBINO O GENITORI)	26,75
33	94.44	*	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	9,75
33	95.23		POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	23,25
34	0		OCULISTICA	
34	08.01		INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE - Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	13,65
34	08.02		APERTURA DI BLEFARORRAFIA -	13,65
34	08.09		ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA - Riapertura anchiloblefaron	13,65
34	08.11		BIOPSIA DELLA PALPEBRA -	13,65
34	08.21		ASPORTAZIONE DI CALAZIO -	27,30
34	08.22		ASPORTAZIONE DI LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA - Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma. Incluso asportazione punti di sutura palpebrale e stent vie lacrimali	27,30
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	27,30
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	45,45
34	08.25		DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA - Intervento per blefarocalasi	34,10
34	08.41		RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE -	40,90
34	08.42		RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA -	40,90
34	08.43		RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME -	68,20
34	08.44	H	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA - Riparazione di ectropion con innesto o lembo	154,95
34	08.52		BLEFARORRAFIA - Cantorrafia, Tarsorrafia	40,90
34	08.6	H	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO - Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)	309,90

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
34	08.81		RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA -	34,10
34	08.82		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE -	34,10
34	08.83		ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE -	34,10
34	08.84		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE -	68,20
34	08.91		DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -	22,75
34	08.92		DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA -	22,75
34	08.99.1		INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE -	13,65
34	09.0		INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	34,10
34	09.11		BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE -	56,85
34	09.12		BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE -	40,90
34	09.19		ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE - Test di Schirmer - Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	40,90
34	09.21		ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE - Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	56,85
34	09.41		SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE -	13,65
34	09.42		SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE E DEI CANALICOLI LACRIMALI - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)	15,95
34	09.43		SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE - Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione - (Per ciclo terapeutico)	56,85
34	09.51		INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE -	34,10
34	09.52		INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI -	34,10
34	09.53		INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE -	34,10
34	09.59		ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI - Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	34,10
34	09.6	H	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI - Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	258,25
34	09.71		CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE -	56,85
34	09.73	H	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI -	206,60
34	10.21		BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA -	15,95
34	10.31		ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA - Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea - Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	27,30
34	10.32		DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA - Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	27,30
34	10.33		ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA - Rimozione di follicoli di tracoma	27,30
34	10.4		CONGIUNTIVOPLASTICA -	90,90
34	10.6		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA -	45,45
34	10.91		INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE -	11,40
34	11.31		TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM -	58,85
34	11.32		ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA -	90,90
34	11.39		ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM -	56,85
34	11.42		TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA -	22,75
34	11.43		CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA -	28,45
34	11.43.A	I	RIMOZIONE SUTURA CORNEALE (filza)	34,00
34	11.75.1		CHERATOTOMIA ARCIFORME -	289,25
34	11.91		TATUAGGIO DELLA CORNEA -	34,10
34	11.99.1		APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO -	15,95
34	11.99.2	*	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri (PRK) con la tecnica di ablazione standard (o di superficie)	464,85
34	11.99.3	*	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI - Con laser a eccimeri (PTK)	464,85
34	11.99.4	I*	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE - Con laser a eccimeri con tecnica LASIK o lamellare	619,75
34	12.14		IRIDOTOMIA/IRIDOCLASIA mediante laser	90,90
34	12.40		RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS -	113,65
34	12.41		DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE - Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di:cauterizzazione, crioterapia, fotocoagulazione, laser	90,90
34	12.72		CICLOCRIOTERAPIA -	90,90
34	12.73		CICLOFOTOCOAGULAZIONE -	90,90
34	12.91		SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE - Paracentesi della camera anteriore	27,30

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
34	13.64		CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA - Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	79,55
34	14.22		DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOterapia -	56,85
34	14.29.1	IHR *	RIPARAZIONE DI LESIONE DELLA RETINA MEDIANTE TRATTAMENTO FOTODINAMICO CON VERTEPORFINA (VISUDYNE).	1.500,00
34	14.31		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA -	56,85
34	14.32		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOterapia -	56,85
34	14.33		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER) -	56,85
34	14.34		RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER) -	56,85
34	14.34.A	I	ARGON LASER TRABECULOPLASTICA (ALT) o TRATTAMENTO LASER SUL TRABECOLATO	59,50
34	14.59.1		PNEUMORETINOPESSIA -	27,30
34	16.22		AGOBIOPSIA ORBITARIA -	45,45
34	16.91	H	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE - Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare	36,15
34	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
34	93.02	*	VALUTAZIONE ORTOTTICA -	7,75
34	95.01		ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO - Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali	13,30
34	95.02	*	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO - Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	18,60
34	95.03.1		TOPOGRAFIA CORNEALE -	58,10
34	95.03.3	I	TOMOGRAFIA RETINICA (OCT)	45,50
34	95.05		ESAME DEL CAMPO VISIVO - perimetria computerizzata, perimetria manuale	16,80
34	95.05.A	I	MICROPERIMETRIA	34,00
34	95.06		STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE - Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	7,75
34	95.07		STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO -	7,75
34	95.07.1		STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO -	7,75
34	95.09.1		ESAME DEL FUNDUS OCULI -	7,75
34	95.09.2		ESOFALMOMETRIA -	7,75
34	95.09.3		CHERATOESTESIOMETRIA -	7,75
34	95.09.4	I	STUDIO STRUMENTALE DELLA CONFORMAZIONE DELLA PAPPILLA OTTICA (HRT o GDX o OCT)	45,50
34	95.11		FOTOGRAFIA DEL FUNDUS -	3,90
34	95.11.1		FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE -	3,90
34	95.12	*	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE -	46,50
34	95.12.1	I	ANGIOGRAFIA OCULISTICA CON VERDE INDOCIANINA	45,50
34	95.13		ECOGRAFIA OCULARE - Ecografia - Ecobiometria	19,40
34	95.13.1		PACHIMETRIA CORNEALE -	38,75
34	95.13.2		BIOMICROSCOPIA CORNEALE - Con conta cellule endoteliali	31,00
34	95.15		STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE -	15,50
34	95.2		TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO - Test di Hess - Lancaster - Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)	7,75
34	95.21		ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN) -	33,60
34	95.22		ELETTROOCULOGRAFIA (EOG) -	33,60
34	95.23		POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	23,25
34	95.23.1		INTERFEROMETRIA -	7,75
34	95.25		ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG) -	31,00
34	95.26		TONOMETRIA, TONOGRAMMA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA -	7,75
34	95.35		TRAINING ORTOTTICO - Per seduta	5,45
34	96.51		IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO - Irrigazione corneale - Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)	3,90
34	98.21		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE -	7,75
35		0	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	
35	22.71		CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE - Chiusura di fistola del seno nasale	28,95
35	23.01		ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO - Incluso: Anestesia	11,65
35	23.09		ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE - Estrazione di altro dente NAS - Incluso: Anestesia	16,30
35	23.11		ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA - Incluso: Anestesia	16,30
35	23.19		ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE - Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, - estrazione dentale con elevazione di lembo mucoperiostale - Incluso: Anestesia	30,25

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
35	23.20.1		RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE - Fino a due superfici - Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	18,60
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	34,90
35	23.3		RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO - Ricostruzione di dente fratturato	34,90
35	23.41	*	APPLICAZIONE DI CORONA - Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	31,40
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	31,40
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	38,75
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	44,20
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	44,20
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 endosseoi - (Per elemento)	69,75
35	23.43.1	*	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE - Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa - (Per arcata)	129,15
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	81,35
35	23.43.3	*	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA - Rimovibile o fissa - (Per elemento)	16,30
35	23.49.1		ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA - Molaggio selettivo dei denti - (Per seduta)	16,30
35	23.5		IMPIANTO DI DENTE - Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi	11,65
35	23.6	*	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA - Impianto dentale endosseio	81,35
35	23.71.1		TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)	34,90
35	23.71.2		TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO - Trattamento o pulpotomia - Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)	53,45
35	23.73		APICECTOMIA - Incluso: Otturazione retrograda	44,20
35	24.00.1		GENGIVECTOMIA - (Per gruppo di 4 denti) - Incluso: Innesto libero o peduncolato	27,90
35	24.11		BIOPSIA DELLA GENGIVA -	13,95
35	24.12		BIOPSIA DELL'ALVEOLO -	13,95
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)	58,10
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)	27,90
35	24.39.1		LEVIGATURA DELLE RADICI - Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto - (Per sestante)	23,25
35	24.39.2		INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO - (Per emiarcata)	20,95
35	24.4		ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA - Asportazione di lesione odontogena	44,20
35	24.70.1	*	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI - (Per anno)	116,20
35	24.70.2	*	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI - (Per anno)	116,20
35	24.70.3	*	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI - Incluso: Trattamento con placca di svincolo - (Per anno)	116,20
35	24.80.1	*	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO -	26,75
35	25.01		BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	19,55
35	25.91		FRENULOTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	14,70
35	25.92		FRENULECTOMIA LINGUALE - Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	14,70
35	26.0		INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI - Asportazione di calcoli del dotto salivare	19,55
35	26.11		BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE -	14,70
35	26.91		SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE -	14,70
35	27.21		BIOPSIA DEL PALATO OSSEO -	13,95
35	27.23		BIOPSIA DEL LABBRO -	13,95
35	27.24		BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA -	13,95
35	27.41		FRENULECTOMIA LABIALE - Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	14,70
35	27.49.1		ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA - Asportazione neoformazioni del cavo orale	19,55
35	27.51		SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO -	19,55
35	27.52		SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA -	19,55

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
35	27.91		FRENULOTOMIA LABIALE - Sezione del frenulo labiale - Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	14,70
35	76.01		SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE - Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	21,70
35	76.2	H	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI - Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	98,15
35	76.77		RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE - Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	19,55
35	96.54.1		ABLAZIONE TARTARO -	9,75
35	96.54.2		SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE -	3,90
35	96.54.3		CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE - Per seduta	5,85
35	97.35		RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE - Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico	6,50
35	98.01		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE -	8,45
35	99.97.1		SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI -	13,45
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	13,45
35	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
35	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
36		0	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
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)	51,15
36	76.93		RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -	27,90
36	76.96		INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE -	27,90
36	78.7		OSTEOCLASIA - Manuale o strumentale	19,55
36	79.00	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA -	51,65
36	79.01	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA -	51,65
36	79.02	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA - Braccio NAS	51,65
36	79.03	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Mano NAS	51,65
36	79.04	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA -	41,35
36	79.07	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA - Piede NAS	51,65
36	79.08	H	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA -	51,65
36	79.70	H	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA -	36,15
36	79.71	H	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA -	36,15
36	79.72	H	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO -	36,15
36	79.73	H	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO -	36,15
36	79.74	H	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO -	36,15
36	80.30		BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA - Biopsia aspirativa	41,85
36	81.91		ARTROCENTESI - Aspirazione articolare - Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), - artrografia (88.32)	27,90
36	81.92	*	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	27,90
36	83.02		MIOTOMIA - Escluso: Miotomia cricofaringea	19,55
36	83.03		BORSOTOMIA - Rimozione di deposito calcareo della borsa - Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	27,90
36	88.79.2		STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca	32,55
36	88.79.3		ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE	28,45
36	93.15	*	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	14,20
36	93.29		ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Congenita - Correzione manuale di piede torto	7,25
36	93.46		ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI - Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	11,40
36	93.51		APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO - Escluso: Minerva gessata (93.52)	31,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
36	93.52		APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO - Applicazione di: collare cervicale - Minerva gessata - supporto sagomato del collo	31,00
36	93.53		APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO - Busto gessato	31,00
36	93.54.1		BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE - Antibraccio-mano - Gamba e piede	7,75
36	93.54.2		BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO -	13,60
36	93.54.3		APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE -	25,20
36	93.54.4		APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE -	18,90
36	93.54.5		APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO -	12,60
36	93.54.6		APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO -	22,75
36	93.54.7		APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE -	11,65
36	93.54.8		DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE - Applicazione di stecca di Zimmer	5,85
36	93.56.1		FASCIATURA SEMPLICE -	3,90
36	93.56.2		BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE -	25,20
36	93.56.3		BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE -	21,35
36	93.56.4		BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO -	7,75
36	93.56.5		BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA -	13,60
36	93.56.6		MEDICAZIONE DI SHANZ -	21,35
36	93.56.7		ALTRO BENDAGGIO - Desault, So-Bar	17,50
36	97.1		SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati	9,75
36	97.88		RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE - Rimozione di supporto, gesso, stecca	9,75
36	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
36	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
36	99.29.6		INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO -	7,75
37	0		OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
37	65.11	H	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI -	87,80
37	65.11.1	RH I	Agoaspirazione ecoguidata dei follicoli (Prelievo oociti) – Comprensiva di valutazione oocitaria	340,00
37	65.91	H	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO - Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata - Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	42,15
37	66.8		INSUFFLAZIONE DELLE TUBE - Insufflazione utero-tubarica - Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)	21,70
37	67.12		BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] - Escluso: Conizzazione della cervice	24,80
37	67.19.1		BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	27,30
37	67.32		CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO - Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, - Diatermocoagulazione di erosione della portio	37,20
37	67.33		CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO - Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	37,20
37	68.12.1		ISTEROSCOPIA - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	27,70
37	68.16.1		BIOPSIA DEL CORPO UTERINO - Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio - Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	29,75
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	46,50
37	69.7		INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.) -	12,95
37	69.92	R H	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE - Intracervicale e intrauterina (IAO)	77,50
37	69.92.1	H	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE -	12,95
37	69.92.2	R H	Monitoraggio ormonale dell'ovulazione	21,25
37	69.92.3	R H I	FECONDAZIONE IN VITRO con o senza inseminazione intracitoplasmatica (FIV/ICSI)	510,00
37	69.92.4	R H I	PREPARAZIONE e VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESA (Agoaspirazione Testicolare)	85,00
37	69.92.5	R H I	PREPARAZIONE VALUTAZIONE DEGLI SPERMATOZOI da TESE (prelievo bioptico di tessuto testicolare)	170,00
37	69.92.6	R H I	TRASFERIMENTO EMBRIONI (ET) inclusa valutazione embrionaria (escluso per via laparoscopica)	170,00
37	69.92.7	R I	CRIOCONSERVAZIONE SPERMATOZOI	85,00
37	69.92.8	R I	CRIOCONSERVAZIONE OOCITI o TESSUTO GONADICO	170,00
37	70.11.1		IMENOTOMIA - Per ematocolpo	24,80
37	70.21		COLPOSCOPIA	10,75
37	70.24		BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI - Con eventuale puntura esplorativa	19,85
37	70.29.1		BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA -	24,80
37	70.33.1		ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -	29,75

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
37	71.11		BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE -	19,85
37	71.22		INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO -	24,80
37	71.30.1		ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -	19,85
37	71.90.1		ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici	29,75
37	75.10.1	H	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI -	87,80
37	75.10.2	H	AMNIOCENTESI PRECOCE -	77,50
37	75.10.3	H	AMNIOCENTESI TARDIVA -	62,00
37	75.33.1	H	FUNIColocENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE -	87,80
37	75.34.1		CARDIOTOCOGRAFIA - Cardiocografia esterna in gravidanza, NST o OCT	16,45
37	75.8	H	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA - Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale - Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico	31,00
37	88.72.5	R	ECOCARDIOGRAMMA FETALE -	41,35
37	88.75.2		ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	50,10
37	88.78		ECOGRAFIA OSTETRICA -	31,00
37	88.78.A	I	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	27,35
37	88.78.1		ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione	23,00
37	88.78.2		ECOGRAFIA GINECOLOGICA -	31,00
37	88.78.3	I*	ECOGRAFIA OSTETRICA - morfologia fetale	34,10
37	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
37	89.26		VISITA GINECOLOGICA - Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	18,60
37	89.01.1	I*	BILANCIO DI SALUTE - Valutazione periodica in gravidanza	17,00
37	93.03.3	I*	VALUTAZIONE ALLATTAMENTO	15,00
37	93.37		TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	122,60
37	93.37.1	I*	TRAINING POSTNATALE	140,95
37	96.17		INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE -	9,75
37	96.18		INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE -	9,75
37	97.71		RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO -	9,75
37	98.16		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE - Incluso: Isteroscopia - Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	23,50
37	98.17		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE -	10,10
37	98.23		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE -	7,75
38		0	OTORINOLARINGOIATRIA	
38	18.02		INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE - Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	11,40
38	18.12		BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO -	12,85
38	18.29		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO - CauterizzazioneCoagulazioneCrio-chirurgiaCurettaggioElettrocoagulazioneEnucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti.- Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno	14,20
38	20.0		MIRINGOTOMIA -	19,90
38	20.31		ELETTROCOCLEOGRAFIA -	54,25
38	20.32.1		BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO -	21,70
38	20.39.1		OTOEMISSIONI ACUSTICHE 'SOAE, TEOAE, DPOAE -	9,05
38	20.8		INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO - Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Politizerizzazione	12,65
38	21.01		CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE -	12,65
38	21.02	H	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE) -	23,25
38	21.03		CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) - (Cura completa)	16,30
38	21.22		BIOPSIA DEL NASO -	21,70
38	21.31		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE -	21,70
38	21.71		RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO - Incluso: Contenzione e sua rimozione	21,70
38	21.91		LISI DI ADERENZE DEL NASO - Sinechia nasale	21,70
38	22.01		PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO - Drenaggio mascellare per via diameatica	21,70
38	27.71		INCISIONE DELL' UGOLA -	9,80
38	28.00.1		INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE -	19,55
38	29.12		BIOPSIA FARINGEA -	19,55

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
38	31.42		LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA - Laringoscopia a fibre ottiche	27,15
38	31.42.1		LARINGOSCOPIA INDIRECTA - Incluso: Anestesia	7,00
38	31.42.2		LARINGOSTROBOSCOPIA -	20,95
38	31.43		BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE - In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche - Incluso: Anestesia	24,45
38	31.48.1		ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO -	12,95
38	31.48.2		ESAME FONETOGRAFICO -	22,70
38	89.11		TONOMETRIA -	13,95
38	89.12		STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE - Rinomanometria	13,95
38	89.39.4		GUSTOMETRIA -	9,30
38	89.39.5		ELETTROGUSTOMETRIA -	7,45
38	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
38	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
38	93.89.1		TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE - Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	8,75
38	93.94		MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE - Aerosolterapia - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1,55
38	95.24.1		STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE -	18,25
38	95.24.2		STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO -	26,00
38	95.41.1		ESAME AUDIOMETRICO TONALE -	9,80
38	95.41.2		ESAME AUDIOMETRICO VOCALE -	9,80
38	95.41.3		AUDIOMETRIA AUTOMATICA -	20,70
38	95.41.4		ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE -	11,95
38	95.42		IMPEDENZOMETRIA -	8,70
38	95.43		VALUTAZIONE AUDIOLOGICA - Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi - feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber	25,35
38	95.44.1		TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Esame clinico con prove caloriche	16,30
38	95.44.2		ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Test posizionali o rilievo segni spontanei	16,30
38	95.45		STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE - Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	32,55
38	95.46		ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE - Prove audiometriche sopraliminari	16,30
38	95.47		ESAME DELL' UDITO NAS -	12,95
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	11,95
38	95.48.2		CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO -	9,80
38	95.48.3		MISURE PROTESICHE IN SITU -	12,30
38	95.48.4		TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO -	23,75
38	95.49		ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI -	19,55
38	96.52		IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO - Irrigazione con rimozione di cerume	7,75
38	98.11		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE -	8,45
38	98.12		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE -	8,45
38	98.13		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE -	15,15
38	98.14		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE - Incluso laringoscopia	15,15
40		0	PSICHIATRIA	
40	94.01.1	*	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA -	9,75
40	94.01.2		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET -	15,50
40	94.02.1		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA - Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,85
40	94.02.2		TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS] -	5,85
40	94.08.1		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE -	5,85
40	94.08.2		SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI -	5,85
40	94.08.3	*	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA' -	7,75
40	94.08.5		TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE -	5,85
40	94.08.6		TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING -	5,85
40	94.09		COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO -	19,40
40	94.12.1		VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	11,65
40	94.19.1		COLLOQUIO PSICHIATRICO	19,40
40	94.3		PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	19,40
40	94.42		PSICOTERAPIA FAMILIARE - Per seduta	23,25

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
40	94.44	*	PSICOTERAPIA DI GRUPPO - Per seduta e per partecipante	9,75
43		0	UROLOGIA	
43	55.92	H	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE - Puntura di cisti renale	62,00
43	56.31	H	URETEROSCOPIA - Con strumento flessibile	72,75
43	57.17		CISTOSTOMIA PERCUTANEA - Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, - Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico	27,30
43	57.32		CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] - Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), - Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata	45,45
43	57.33		CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA -	56,85
43	57.39.1		CROMOCISTOSCOPIA -	56,85
43	57.39.2		ESAME URODINAMICO INVASIVO -	56,85
43	57.49.1		RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA - Elettrocoagulazione endoscopica vescicale - Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	56,85
43	57.94		CATETERISMO VESCICALE -	9,10
43	58.22		URETROSCOPIA -	27,30
43	58.23		BIOPSIA DELL' URETRA -	38,65
43	58.31		ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA - Asportazione di caruncola uretrale	38,65
43	58.47	H	MEATOPLASTICA URETRALE -	87,80
43	58.5	H	URETROTOMIA ENDOSCOPICA - Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	38,65
43	58.60.1		DILATAZIONE URETRALE - Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra - (Seduta unica)	34,10
43	58.60.2		DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE - (Per seduta)	10,25
43	58.60.3		RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE -	38,65
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)	22,75
43	60.0		DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO - Incisione della prostata - Escluso: Drenaggio del tessuto periprotatico	27,30
43	60.11		BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA - Approccio transperineale o transrettale	27,30
43	60.11.1		BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata	48,30
43	60.13	H	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI -	62,00
43	60.91		ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA - Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	27,30
43	61.0		INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE - Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	17,35
43	61.91		PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE - Aspirazione percutanea della tunica vaginale	17,35
43	62.11		BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO -	27,30
43	62.11.01	RH I	AGOASPIRAZIONE TESTICOLARE (TESA)	85,00
43	63.52		DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO - Manuale - Escluso: quella associata ad orchidopessi	14,90
43	63.71	H	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI -	87,80
43	64.01	I H	CIRCONCISIONE	60,00
43	64.11		BIOPSIA DEL PENE -	19,85
43	64.19.1		BALANOSCOPIA -	6,20
43	64.92.1		FRENULOTOMIA -	18,60
43	64.93		LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE -	19,85
43	88.74.5		ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI	34,10
43	88.75.2		ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	50,10
43	88.79.8		ECOGRAFIA TRANSRETTALE	43,40
43	89.22		CISTOMETROGRAFIA - Cistomanometria	55,80
43	89.23		ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE -	23,25
43	89.24		UROFLUSSOMETRIA -	11,65
43	89.25		PROFILO PRESSORIO URETRALE -	11,65
43	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
43	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
43	93.08.4		ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] - Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	13,45

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
43	96.49		INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali	9,75
43	98.19		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE - Incluso: Uretroscopia	35,80
43	98.24		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE -	7,75
43	99.29.3		INFILTRAZIONE PERINEALE -	6,50
43	99.29.4		INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE -	6,50
43	99.29.5		INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI -	7,75
43	99.29.8		INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE -	7,75
43	99.94		MASSAGGIO PROSTATICO -	5,85
43	99.95		STIRAMENTO DEL PREPUZIO -	5,85
52		0	DERMOSIFILOPATIA	
52	64.19.2		RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE -	7,75
52	64.2		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE - Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	29,75
52	70.33.1		ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI -	29,75
52	71.30.1		ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI -	19,85
52	71.90.1		ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE - Laserterapia per fatti distrofici	29,75
52	86.11		BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO -	13,95
52	86.19.1		ELASTOMETRIA -	4,30
52	86.19.2		SEBOMETRIA -	4,30
52	86.19.3		CORNEOMETRIA -	5,75
52	86.19.4		MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL) -	7,20
52	86.24		CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE - Peeling chimico della cute	7,20
52	86.25		DERMOABRASIONE - Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	17,05
52	86.30	I	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE CHIRURGICA DI LESIONE DI TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO	31,10
52	86.30.1		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO - (Per seduta)	12,85
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)	12,85
52	86.30.3		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE - (Per seduta)	12,85
52	89.39.1		OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA -	7,00
52	89.39.2		OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA -	7,00
52	89.39.3		VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA -	18,60
52	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
52	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
52	91.90.1	*	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	6,05
52	91.90.2		INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST] -	5,60
52	91.90.3		INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST] -	4,65
52	91.90.4	*	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI	11,65
52	91.90.5	*	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]	32,55
52	91.90.6	H *	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA	23,25
52	99.82	*	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) per ciclo di sei sedute.	8,80
56		0	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE - RECUPERO E RIABILITAZIONE	
56	89.7	*	VISITA GENERALE - PRIMA VISITA FISIATRICA	18,60
56	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - VISITA FISIATRICA DI CONTROLLO	11,65
56	89.7.1	I *	VALUTAZIONE CLINICA	20,70
56	93.03	*	VALUTAZIONE PROTESICA	7,75
56	93.04.3	A *	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI A MINORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	7,75
56	93.04.4	A *	VALUTAZIONE DEI DISTURBI MOTORI -SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	12,95
56	93.05.6	A *	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con attrezzature per analisi del cammino od altre documentabili	10,35
56	93.05.7	A *	VALUTAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI Con isocinetica	18,10
56	93.05.8	A *	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	18,10
56	93.05.9	A *	VALUTAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA' PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	25,50
56	93.01.5	A *	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	25,50

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
56	93.01.6	A *	VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO PER STESURA PIANO DI TRATTAMENTO	18,10
56	93.01.7	I *	COUNSELLING FISIATRICO	57,00
56	93.01.8	I *	COUNSELLING FISIOTERAPICO	23,00
56	93.01.9	I *	COUNSELLING LOGOPEDICO	23,00
56	93.11.6	A *	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MINORE DISABILITA'	12,70
56	93.11.7	A *	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI MOTORI-SENSITIVI A MAGGIORE DISABILITA'	25,15
56	93.11.8	A *	RIEDUCAZIONE STRUMENTALE DEI DISTURBI MOTORI SENSITIVI	11,65
56	93.11.9	A *	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	5,00
56	93.72.3	A *	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MINORE COMPLESSITA'	28,05
56	93.72.4	A *	RIEDUCAZIONE DEI DISTURBI COMUNICATIVI A MAGGIORE COMPLESSITA'	39,10
56	93.72.5	A *	RIEDUCAZIONE COMUNICATIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	5,00
56	93.72.6	A *	RIEDUCAZIONE COGNITIVA IN GRUPPO (max 5 pazienti)	5,00
56	93.89.4	I *	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO COMUNICATIVO	25,15
56	93.89.5	I *	RIEDUCAZIONE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI CORRELATE AL DISTURBO MOTORIO-SENSITIVO	25,15
56	93.15	*	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE - Manipolazione della colonna vertebrale per seduta - Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	14,20
56	93.35.1		AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE Per seduta	12,85
56	81.92	*	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	27,90
56	99.29.7	*	MESOTERAPIA -	6,75
56	93.39	*	MASSOTERAPIA CONNETTIVALE	11,65
56	93.39.2	*	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	11,65
56	93.56.8	I *	BENDAGGIO FUNZIONALE	21,35
56	93.39.4	*	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diedinamica per seduta di 10 min.	2,15
56	93.39.5	*	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio)	3,05
56	93.39.8	*	MAGNETOTERAPIA Per seduta	1,35
56	93.39.9	*	ULTRASONOTERAPIA Per seduta	1,35
56	93.40	A *	ELETTROTHERAPIA DISTRETTUALE DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI Per seduta	2,55
56	99.99.1	*	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	3,10
56	93.08.1		ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] - Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo - Escluso: EMG dell'occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), - quello con polisinnogramma (89.17)	10,35
56	93.08.5	*	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,35
56	93.08.6	*	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon - Incluso: EMG	10,35
56	93.09.1		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	10,35
56	93.09.2		VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	10,35
56	89.15.1		POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	23,25
56	89.15.2		POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	48,85
56	89.15.3		POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	34,90
56	89.15.4		POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	34,90
56	95.23		POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	23,25
58		0	GASTROENTEROLOGIA - CHIRURGIA ED ENDOSCOPIA DIGESTIVA	
58	42.24		BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO - Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	46,00
58	42.29.1		TEST DI BERNSTEIN -	13,95
58	42.29.2		pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE) -	81,60
58	42.33.1		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO - Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi 'Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee	50,35
58	42.33.2	H	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA - Mediante laser	96,60
58	43.41.1		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA - Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	48,85
58	43.41.2		ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO 'PER VIA ENDOSCOPICA - Mediante laser Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	77,50
58	44.14		BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO - Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	51,15
58	44.19.1		SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO - Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	87,80
58	44.19.2		BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13) -	13,95

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
58	45.13		ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] - Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	56,85
58	45.13.1	I H *	ENDOSCOPIA CON MICROCAMERA	1.100,00
58	45.14		BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE - Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	60,45
58	45.16		ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA - Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	71,05
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	62,00
58	45.23.1		COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA -	103,30
58	45.24		SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE - Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	37,20
58	45.25		BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO - Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	87,30
58	45.29.1		BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE -	74,90
58	45.29.2		BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA -	41,85
58	45.29.3		BREATH TEST AL LATTOSIO -	27,90
58	45.29.4		MANOMETRIA DEL COLON -	167,35
58	45.42		POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO - Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico 'Escluso: Polipectomia con approccio addominale	96,85
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)	103,30
58	48.23		PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO - Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	25,05
58	48.24		BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO - Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia	41,85
58	48.29.1		MANOMETRIA ANO-RETTALE -	58,40
58	48.35	H	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO - Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolectomia rettale	34,90
58	49.21		ANOSCOPIA -	22,75
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)	43,90
58	88.74.2		ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI -	43,40
58	88.74.3		ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS -	43,40
58	88.74.4		ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA -	43,40
58	88.76.1	*	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	60,45
58	89.32		MANOMETRIA ESOFAGEA -	67,15
58	89.32.1		MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore -	93,00
58	98.02		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia	31,25
58	98.03		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINO TENUE, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia	62,00
58	98.05		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE - Incluso: Endoscopia	29,45
58	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
58	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
61		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE	
61	06.11.2	*	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	61,50
61	57.94		CATERISMO VESCICALE	9,10
61	88.71.4	*	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,45
61	88.99.1		DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia	21,20
61	88.99.2		DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale	31,50
61	88.99.3		DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body	43,40
61	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	11,65
61	89.03	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE Visita medico nucleare pretrattamento.	20,70

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
61	92.01.1	*	CAPTAZIONE TIROIDEA	45,00
61	92.01.2	*	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE , CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	46,15
61	92.01.3	*	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	33,40
61	92.01.4	*	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	179,75
61	92.01.5	I*	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CORPOREA PER LA RICERCA DI LOCALIZZAZIONI RADIOIODIO CAPTANTI	33,40
61	92.02.1	*	SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	64,60
61	92.02.2	*	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	115,05
61	92.02.3	*	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	103,55
61	92.02.4		SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	154,95
61	92.02.5		TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	25,95
61	92.03.1	*	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	56,85
61	92.03.2		SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	23,00
61	92.03.3	*	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale con o senza prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	112,35
61	92.03.4	*	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETRALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	74,45
61	92.03.5	*	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,30
61	92.03.6	I*	MISURA DELLA CLEARANCE GLOMERULARE O TUBOLARE GLOBALE CON PRELIEVI EMATICI	93,00
61	92.03.7	I*	RICERCA DI REFLUSSO VESCICO-URETERALE MEDIANTE SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE	103,30
61	92.04.1	*	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	63,90
61	92.04.2	*	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	51,65
61	92.04.3	*	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	93,00
61	92.04.4	*	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	103,30
61	92.04.5	*	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	61,50
61	92.05.1	*	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	187,05
61	92.05.2	*	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	51,65
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	98,15
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	129,15
61	92.05.5	*	SCINTIGRAFIA SPLENICA	90,15
61	92.05.6	*	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	108,50
61	92.05.7	I*	SCINTIGRAFIA DEL MIOCARDIO	98,15
61	92.05.8	I*	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DEL MIOCARDIO	116,20
61	92.09.1	*	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1.071,65
61	92.09.2		TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	134,80
61	92.09.3		TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,30
61	92.09.4	*	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	46,25
61	92.09.5	*	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	179,35
61	92.09.6	*	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	143,60
61	92.09.7	*	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	221,25
61	92.09.8	I*	TEST DI SHILLING	61,50
61	92.09.9	I	GSPECT	46,30
61	92.11.1	*	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	98,15

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
61	92.11.2	*	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	126,30
61	92.11.3	*	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	129,15
61	92.11.4		DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	206,60
61	92.11.5	*	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	238,85
61	92.11.6	*	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	939,95
61	92.11.7	*	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	1.071,65
61	92.13	*	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: scintigrafia della tiroide	191,10
61	92.14.1	*	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	57,85
61	92.14.2	*	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	78,35
61	92.14.3	I*	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) SCHELETRICA SEGMENTARIA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,30
61	92.15.1	*	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	68,50
61	92.15.2	*	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	198,65
61	92.15.3	*	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a : Scintigrafia perfusionale / ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	23,00
61	92.15.4		SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	169,45
61	92.15.5		TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco	34,75
61	92.16.1	*	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	110,55
61	92.18.1		SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	213,55
61	92.18.2	*	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	113,10
61	92.18.3	*	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	136,60
61	92.18.4		SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	251,60
61	92.18.5		SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	251,60
61	92.18.6	*	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1.071,65
61	92.19.1	*	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	259,00
61	92.19.2	*	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	293,45
61	92.19.3	*	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	51,65
61	92.19.5	*	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	86,25
61	92.19.6		SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	24,80
61	92.19.7	I*	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	167,85
61	92.19.8	I*	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E R	238,60
61	92.19.9	I*	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) DI UN SOLO SEGMENTO DOPO SCINTIGRAFIA TOTALE CORPOREA CON: - INDICATORI POSITIVI - CELLULE AUTOLOGHE MARCATE - TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	41,30
61	92.28.1		TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq	67,60
61	92.28.2		TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi	14,20
61	92.28.3		TERAPIA ENDOCAVITARIA	180,00
61	92.28.4		TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq	526,80
61	92.28.5		TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi	219,50
61	92.28.6	*	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	826,35
64		0	ONCOLOGIA	
64	03.8		INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE - Iniezione endorachide di antiblastici	51,65
64	34.92	H	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	62,00
64	38.98	H	PUNTURA DI ARTERIA - Iniezione endoarteriosa - Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	31,00
64	54.97	H	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE - Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	62,00
64	81.92	*	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	27,90
64	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva	11,65
64	89.03	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE - Stesura del percorso diagnostico e del piano di trattamento.	20,70
64	89.05	I*	VISITA PRESSO IL CENTRO DI ACCOGLIENZA E SERVIZI (CAS), di indirizzo e supporto al Percorso Diagnostico Terapeutico.	40,00
64	89.07	*	CONSULTO INTERDISCIPLINARE DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione interdisciplinare sul paziente erogata dal GIC.	53,50

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
64	93.82.1		TERAPIA EDUCAZIONALE DEL PAZIENTE PORTATORE DI CATETERE VENOSO CENTRALE -Per seduta individuale	5,05
64	96.49		INSTILLAZIONE GENITOURINARIA - Instillazione di supposta prostaglandinica - Instillazione di chemioterapici intravesicali	9,75
64	99.23	*	INIEZIONE DI STEROIDI - Iniezione di cortisone - Impianto sottodermico di progesterone - Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,75
64	99.24.1		INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI -	11,65
64	99.25		INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE -	9,75
64	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
68		0	PNEUMOLOGIA	
68	33.22	H	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE - Tracheobroncoscopia esplorativa - Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	82,65
68	33.24	H	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] - Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con:biopsia esfoliativa del polmone brushing o washing per prelievo di campione biopsia asportativa.- Escluso Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa	129,15
68	89.37.1	*	SPIROMETRIA SEMPLICE -	23,25
68	89.37.2		SPIROMETRIA GLOBALE -	37,20
68	89.37.3		SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD) -	46,50
68	89.37.4	*	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	37,20
68	89.37.5	H *	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	55,80
68	89.37.6	H *	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO - Singolo stimolo - Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	46,50
68	89.38.1		RESISTENZE DELLE VIE AEREE - Escluso: Spirometria	23,25
68	89.38.2		SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA -	23,25
68	89.38.3		DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO -	23,25
68	89.38.4		COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA -	46,50
68	89.38.5		DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO -	23,25
68	89.38.6	*	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	69,75
68	89.38.7		DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE -	46,50
68	89.38.8		TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI -	23,25
68	89.38.9		DETERMINAZIONE DELLA P O.1 -	23,25
68	89.44.1	*	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO - ECG, analisi gas respiratori determinazione della ventilazione emogasanalisi.	83,70
68	89.44.2		TEST DEL CAMMINO -	55,80
68	89.65.1		EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	13,70
68	89.65.2		EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE - Test dell' iperossia	18,60
68	89.65.3		EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE - Test dell' ipossia	18,60
68	89.65.4		MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2 -	18,60
68	89.65.5		MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA -	9,30
68	89.65.6		EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE -	18,60
68	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
68	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
68	89.66		EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO -	18,60
68	93.91		RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE - Per seduta	5,85
68	93.99		ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE - Drenaggio posturale - Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	8,25
68	93.99.1		BRONCOINSTILLAZIONI - Per seduta	7,75
68	98.15		RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE -	18,50
69		0	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: RADIOLOGIA DIAGNOSTICA	
69	06.01		ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	61,50
69	06.01.1	I *	BIOPSIA TORACICA TC GUIDATA	250,00
69	06.11.2	*	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	61,50
69	34.91.1	H	TORACENTESI TC-guidata	165,30
69	34.91.2	I H	TORACENTESI ECO-guidata	180,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
69	34.91.3	I H	DRENAGGIO DI PNEUMOTORACE TC guidato	150,00
69	40.19.1	H	AGOBIOPSIA ECO-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il fegato)	59,30
69	40.19.2	H	AGOBIOPSIA TC-GUIDATA DI SEDI PROFONDE (escluso il torace)	104,60
69	50.19.A	I H	BIOSUSCETTOMETRIA SQUIDD	331,50
69	50.19.1	H	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica eco-guidata	154,95
69	50.91	H	ALCOLIZZAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea di lesione/i nodulare/i profonda/e con guida strumentale eco o TC	154,95
69	51.12.1	I H *	BIOPSIA ENDOLUMINALE	250,00
69	54.91.1	H	DRENAGGIO PERCUTANEO DI RACCOLTA FLUIDA (o cisti) PROFONDA Eco o TC guidata	129,15
69	55.93	I	LITOTRISSIA EXTRACORPOREA (ESWL) per seduta (per uso ortopedico)	516,50
69	60.11.1		BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata	48,30
69	83.21.1		BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI SUPERFICIALI	47,45
69	85.11.1		BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	37,20
69	85.11.2	I H	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE guidata con ECO o MAMMOGRAFO	450,00
69	85.11.3	I H	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON SISTEMA MAMMOTONE e con tavolo dedicato con paziente prona	750,00
69	85.11.4	I	AGOBIOPSIA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA	180,80
69	85.21.1	*	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA - Eco-guidata	37,20
69	87.03		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	83,15
69	87.03.1	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO Tc del cranio [sella turcica, orbite] TC dell'encefalo	133,80
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)	89,35
69	87.03.3	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2).	142,05
69	87.03.4		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATI DENTARIE [DENTALSCAN] TC dei denti (arcata superiore o inferiore)	103,30
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]	83,15
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]	133,80
69	87.03.7		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	83,15
69	87.03.8	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide - paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	133,80
69	87.03.9		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialo-TC	83,15
69	87.04.1		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	31,00
69	87.05	H	DACRIOCISTOGRAFIA	93,75
69	87.06	*	FARINGOGRAFIA Incluso: esame diretto	30,50
69	87.06.1		RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	54,75
69	87.07		LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	46,50
69	87.09.2		RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE con videoregistrazione	66,65
69	87.11.1		RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	10,35
69	87.11.2		RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	9,30
69	87.11.3		ORTOPANORAMICA DELLE ARCATI DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	20,70
69	87.11.4		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCATI DENTARIE	24,30
69	87.12.1		TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica	10,35
69	87.12.2		ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)	6,20
69	87.13.1		ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	67,15
69	87.13.2		ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Bilaterale Incluso: esame diretto	84,70

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
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	15,00
69	87.16.2		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto	53,20
69	87.16.3		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)	26,90
69	87.16.4		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica (87.16.2)	44,45
69	87.17.1		RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni	22,25
69	87.17.3		CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)	17,30
69	87.22	*	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	18,10
69	87.23		RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (almeno 2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	17,30
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	17,30
69	87.29		RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	34,60
69	87.35		GALATTOGRAFIA	68,20
69	87.37.1		MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	34,90
69	87.37.2		MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	23,00
69	87.37.3		PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	32,05
69	87.37.4	I	MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MONOLATERALE	31,00
69	87.37.5	I	MAMMOGRAFIA ED ECOGRAFIA BILATERALE	51,65
69	87.38		FISTOLOGRAFIA	54,25
69	87.41	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	86,25
69	87.41.1	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	137,90
69	87.42.1		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare	49,10
69	87.42.2		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE Tomografia monolaterale polmonare	34,60
69	87.42.3		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	40,05
69	87.43.1		RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA - (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	24,30
69	87.43.2		ALTRA RADIOGRAFIA COSTALE -DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola	16,05
69	87.44.1	*	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	15,50
69	87.44.2	*	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (4 proiezioni)	31,50
69	87.49.1		RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni)	15,00
69	87.52		COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	68,70
69	87.54.1	H	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto	44,45
69	87.59.1		COLECISTOGRAFIA Incluso: esame diretto e prova di Bronner	50,10
69	87.62		RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 proiezioni o radiogrammi)	50,10
69	87.62.2		RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	47,30
69	87.62.3		RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	59,40
69	87.63	*	STUDIO SERIATO DELL'INTESTINO TENUE	45,45
69	87.63.1	I	STUDIO INTESTINALE CON MARKERS	102,30
69	87.64		RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)	29,95
69	87.64.1	I *	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC	210,00
69	87.64.2	I *	COLONSCOPIA VIRTUALE CON TC con e senza mezzo di contrasto	315,00
69	87.65.1		CLISMA OPACO SEMPLICE	51,65
69	87.65.2		CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	91,70
69	87.65.3		CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	141,00
69	87.66	H	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO Wirsungrafia	59,65
69	87.69.1		ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale	63,30

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
69	87.69.2	I	ESAME DI SEGMENTO DEL TUBO DIGERENTE CON MEZZO DI CONTRASTO IDROSOLUBILE (esofago o clisma con gastrografin, ecc.)	50,00
69	87.71		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo E DELL'APPARATO URINARIO	95,05
69	87.71.1	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	149,30
69	87.72		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto	31,00
69	87.73		UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto	89,35
69	87.74.1	H	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE Incluso : esame diretto	68,70
69	87.74.2	H	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE Incluso: esame diretto	91,95
69	87.75.1		PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	43,40
69	87.76	H *	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 proiezioni o radiogrammi)	66,15
69	87.77	*	CISTOGRAFIA (4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto ed eventuale cistouretrografia minzionale	48,30
69	87.79	*	RADIOGRAFIA DELL'APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 proiezioni o radiogrammi)	19,40
69	87.83		ISTEROSALPINGOGRAFIA (almeno 4 proiezioni o radiogrammi) Incluso: esame diretto	108,50
69	87.83.1	I	DISOSTRUZIONE TUBARICA comprensiva dell'isterosalpingografia selettiva mono o bilaterale	125,00
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	88,35
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	141,00
69	88.01.3	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	88,35
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	141,00
69	88.01.5	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	115,20
69	88.01.6	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	175,60
69	88.19	*	RADIOGRAFIA DELL'ADDOME (2 proiezioni)	19,40
69	88.21		RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DEL BRACCIO -DELL'ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	17,85
69	88.22		RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL'AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito , avambraccio	15,00
69	88.23		RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	14,20
69	88.26		RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell'anca	17,60
69	88.27	*	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	21,20
69	88.28	*	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	17,85
69	88.29	I	RADIOGRAFIA ASSIALE DI ROTULE (1 proiezione)	12,15
69	88.29.1	*	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30,25
69	88.29.2	*	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	26,35
69	88.31	*	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	138,60
69	88.31.1		RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	22,50
69	88.32		ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell'articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	82,15
69	88.33.1		STUDIO DELL'ETA' OSSEA (1 proiezione) polso - mano o ginocchia	12,15
69	88.33.2		TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	31,50
69	88.35.1		FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)	54,25
69	88.37.1		FISTOLOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE (minimo 2 proiezioni o radiogrammi)	54,25
69	88.38.1	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	86,25
69	88.38.2	*	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	137,90
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]	90,90

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
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].	144,10
69	88.38.5		TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacroiliache	86,55
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]	86,55
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].	137,90
69	88.38.8	*	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio	150,85
69	88.38.9	I *	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	200,00
69	88.38.A	I *	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	50,00
69	88.38.B	I *	ANGIO TC (con apparecchiatura spirale, monostrato o multistrato)	50,00
69	88.39.1		LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)	15,50
69	88.42.1	H	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell'aorta e dell'arco aortico o dell'aorta addominale	283,30
69	88.42.2	H	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell'aorta addominale	283,30
69	88.42.3	I H *	ANGIOPNEUMOGRAFIA	650,00
69	88.48	H	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE O ARTI INFERIORI	283,30
69	88.60.1	H	FLEBOGRAFIA SPINALE Cervicale, dorsale, lombare	263,95
69	88.61.1	H	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	98,15
69	88.61.2	H	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	256,70
69	88.63.1	H	CAVOGRAFIA SUPERIORE	256,70
69	88.63.2	H	FLEBOGRAFIA DELL'ARTO SUPERIORE Monolaterale	246,35
69	88.65.1	H	CAVOGRAFIA INFERIORE	246,35
69	88.65.2	H	FLEBOGRAFIA RENALE	246,35
69	88.65.3	H	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale	256,70
69	88.66.1	H	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale	246,35
69	88.66.2	H	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale	285,10
69	88.71.1		ECOENCEFALOGRAFIA - Ecografia transfonellare	31,25
69	88.71.4	*	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,45
69	88.71.5	I	ECOGRAFIA ORBITA	28,45
69	88.72.6	A *	ECOCARDIOGRAFIA	71,80
69	88.73.1		ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	35,90
69	88.73.2		ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	21,20
69	88.73.3		ECOGRAFIA TORACICA	35,90
69	88.73.4	*	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	30,75
69	88.73.5		ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	43,90
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)	43,90
69	88.74.2		ECO(COLOR) DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	43,40
69	88.74.3		ECO(COLOR) DOPPLER DEL PANCREAS	43,40
69	88.74.4		ECO(COLOR) DOPPLER DELLA MILZA	43,40
69	88.74.5		ECO(COLOR)DOPPLER DELLE ARTERIE RENALI	34,10
69	88.75.1		ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschili o femminile Escluso : Ecografia dell'addome completo (88.76.1)	32,05
69	88.75.2		ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschili o femminile, - Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	50,10
69	88.75.3	I	ECOGRAFIA RENO-VESCICALE	44,00
69	88.76.1	*	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	60,45
69	88.76.2		ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali	32,05
69	88.76.3	I	ECOCOLOR DOPPLER DELL'AORTA DEGLI ASSI ILIACO-FEMORALI	40,00
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	43,90
69	88.78.A	I	MISURA DELLA TRANSLUCENZA NUCALE	27,35
69	88.78.1		ECOGRAFIA OVARICA - Per monitoraggio ovulazione	23,00
69	88.79.1		ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	28,45

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
69	88.79.2		STUDIO ECOGRAFICO DEL BACINO - Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell'anca	32,55
69	88.79.3		ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA E/O ARTICOLARE	28,45
69	88.79.4	*	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	50,65
69	88.79.5		ECOGRAFIA DEL PENE	31,00
69	88.79.6		ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	31,00
69	88.79.7		ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	43,40
69	88.79.8	*	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	43,40
69	88.79.9	I*	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	28,45
69	88.79.A	I	ECOENDOSCOPIA VIA TRANSRETTALE	55,00
69	88.79.B	I*	ECOGRAFIA TRANSPERINEALE	44,00
69	88.79.C	I*	ECOGRAFIA con m.d.c.	92,00
69	88.83.1		TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Scheletro in toto e colonna	25,35
69	88.85		TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	25,35
69	88.89		TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	25,35
69	88.90.1		EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	15,00
69	88.90.2		RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5)	20,15
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	29,45
69	88.90.9	I*	ENDOSCOPIE VIRTUALI CON TC O CON RM - altre endoscopie (esclusa la colonscopia virtuale)	50,00
69	88.91.1	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	222,10
69	88.91.2	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso eventuale, relativo, distretto vascolare	330,05
69	88.91.3	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACIALE [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporo mandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	160,10
69	88.91.4	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	249,45
69	88.91.5	*	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO con contrasto	246,35
69	88.91.6	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	160,10
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	249,45
69	88.91.8	*	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO con contrasto	246,35
69	88.91.9	I*	SPETTROSCOPIA INTEGRATIVA	100,00
69	88.91.A	I*	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO con contrasto	200,00
69	88.91.B	I*	SPETTROSCOPIA	150,00
69	88.91.C	I*	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO O VASI DEL COLLO senza contrasto	44,00
69	88.91.D	I*	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO senza contrasto	160,00
69	88.92	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	154,45
69	88.92.1	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	241,70
69	88.92.2	*	ANGIO-RM DEL DISTRETTO TORACICO	246,35
69	88.92.3	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	160,10
69	88.92.4	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	249,45
69	88.92.5	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	310,40
69	88.92.6		RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale	148,25
69	88.92.7	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Monolaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	233,95
69	88.92.8	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale	160,10
69	88.92.9	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA CON CONTRASTO Bilaterale (comprensivo anche dell'eventuale esame diretto)	249,45
69	88.93	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	154,45
69	88.93.1	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	241,70

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
69	88.93.2	I *	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) secondo distretto	181,70
69	88.93.3	I *	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA superiore distretto	90,00
69	88.94.1	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - Grandi articolazioni: RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino- RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]	177,70
69	88.94.2	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA SENZA E CON CONTRASTO- RM di spalla e braccio [spalla, braccio] - RM di bacino-RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale,femore]	272,20
69	88.94.3	*	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI SUPERIORI	246,35
69	88.94.4	I *	ANGIO-RM DELL'ARTO O DEGLI ARTI INFERIORI	320,00
69	88.94.A	I *	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA - piccole articolazioni + ginocchio: Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede [caviglia,	150,00
69	88.94.B	I *	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA piccole articolazioni SENZA E CON CONTRASTO - : Rm di gomito ed avambraccio [gomito ed avambraccio]- RM di polso e mano [polso, mano] -RM di ginocchio e gamba [ginocchio,gamba]- RM di caviglia e piede	250,00
69	88.94.C	I *	ARTRO-RM (con m.d.c. intra-articolare)	250,00
69	88.95.1	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo	160,10
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	249,45
69	88.95.3	*	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	246,35
69	88.95.4	*	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso:relativo distretto vascolare	160,10
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	249,45
69	88.95.6	*	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	246,35
69	88.95.7	I *	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	330,00
69	88.95.8	I *	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE [RM] ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE con e senza mezzo di contrasto	430,00
69	88.95.9	I *	ANGIO RM ADDOME SUPERIORE ED INFERIORE	100,00
69	88.97.1	I	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE CON STUDIO FUNZIONALE (motorio, verbale)	250,00
69	88.99.1		DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia	21,20
69	88.99.2		DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale	31,50
69	88.99.3		DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total Body	43,40
69	88.99.4		DENSITOMETRIA OSSEA CON TC Lombare	76,95
69	88.99.5		DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	17,60
69	88.99.6	I	MORFOMETRIA VERTEBRALE con apparecchio DEXA	35,00
69	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
69	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
70		0	RADIOTERAPIA	
70	38.99.1		INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	25,85
70	38.99.2		INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	41,35
70	88.90.2		RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.3, 87.29.5) Studio fisico-dosimetrico (92.29.5).	20,15
70	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	11,65
70	89.03	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE - visita radioterapica pretrattamento-stesura piano di trattamento di chemioterapia oncologica	20,70
70	89.04	I *	STESURA PIANO DI TRATTAMENTO RADIOTERAPICO	20,70
70	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
70	92.21.1	*	ROENTGENTERAPIA Per seduta	7,20
70	92.23.1		TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O CON DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	21,70
70	92.23.2		TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	26,10
70	92.23.3		TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	51,65
70	92.24.1		TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	35,85

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
70	92.24.2		TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	51,65
70	92.24.3		TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	77,50
70	92.24.4	*	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA prima seduta	790,20
70	92.24.A	I *	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA frazioni successive	150,00
70	92.24.B	I *	RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON MLC PER IMRT STATICA O DINAMICA CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO	200,00
70	92.25.1	*	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI Per seduta e per focolaio trattato	38,45
70	92.25.2	*	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI / TSEBI)	1.053,60
70	92.27.1		BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	278,90
70	92.27.2		BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE	436,85
70	92.27.3		BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	143,60
70	92.27.4		BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	368,75
70	92.27.5		BETATERAPIA DI CONTATTO Per seduta e per focolaio trattato	51,65
70	92.28.1		TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq	67,60
70	92.28.2		TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi	14,20
70	92.28.3		TERAPIA ENDOCAVITARIA	180,00
70	92.28.4		TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq	526,80
70	92.28.5		TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185MBq successivi	219,50
70	92.28.6	*	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	826,35
70	92.29.1	*	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con simulatore radiologico (intero trattamento)	54,25
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)	98,15
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)	129,15
70	92.29.4	*	STUDIO FISICO - DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti.	23,90
70	92.29.5	*	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	90,40
70	92.29.6	*	DOSIMETRIA IN VIVO Controllo fisico della ripetibilità del trattamento. Controllo fisico per radioprotezione	11,10
70	92.29.7	*	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	47,55
70	92.29.8	*	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (Intero trattamento)	101,45
70	92.29.9	*	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	86,95
70	92.30.1	I	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO Con apparecchio ecografico (intero trattamento)	20,70
70	92.30.2	I *	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON SIMULATORE VIRTUALE	250,00
70	92.30.3	I *	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC	1.250,00
70	92.31	I *	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SEZIONI NON COMPUTERIZZATE	62,00
70	92.31.1	I	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per IMRT o per Radioterapia stereotassica	350,00
70	92.31.2	I	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO BIDIMENSIONALE per brachiterapia	103,95
70	92.31.3	I	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO per brachiterapia 3D	200,00
70	92.31.4	I	STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC per radioterapia conformazionale	250,00
70	92.40	I *	TC DI RIVALUTAZIONE RADIOTERAPICA	120,00
70	92.40.1	I *	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA NON CONFORMAZIONALE	80,00
70	92.40.2	I *	CONTORNAMENTO DEGLI ORGANI DI INTERESSE PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE O IMRT O BRACHITERAPIA	170,00
70	92.40.3	I *	INFISSIONE DI REPERI RADIO OPACHI	200,00
70	92.40.4	I *	CONTROLLO POSIZIONAMENTO PAZIENTE mediante pellicola, EPID, ultrasuoni o tracking ottico	20,00
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.	65,80
70	99.85.1	I *	IPERTERMIA SUPERFICIALE PER TRATTAMENTO NON ONCOLOGICO	65,00
70	99.85.2	I *	IPERTERMIA PROFONDA PER TRATTAMENTO DI TUMORE	173,00
71			REUMATOLOGIA	
71				
71	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
71	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI - Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
71	89.03	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE COMPLESSIVE	20,70
71	81.92		INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	27,90
71	38.22		ANGIOSCOPIA PERCUTANEA-CAPILLAROSCOPIA	59,30
71	99.14.1		INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	11,65
71	99.25.1	I*	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA DI FARMACI BIOTECNOLOGICI	9,75
79		0	DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	
79	89.01	*	ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI Storia e valutazione abbreviata, visita successiva alla prima	11,65
79	89.38.6	*	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	69,75
79	89.7	*	VISITA GENERALE Visita specialistica, Prima visita	18,60
79	99.93	I*	TERAPIA DIETETICA	10,35
79	99.93.1	I*	CONTROLLO TERAPIA DIETETICA	7,75
79	99.93.2	I	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodo antropometrico e plicometrico	7,75
79	99.93.3	I*	VALUTAZIONE DELLA COMPOSIZIONE CORPOREA con metodica BIA (Impedenzometria)	12,95
79	99.93.4	I*	POSIZIONAMENTO SONDA NASO-ENTERICA PER NUTRIZIONE ENTERALE	7,75
79	99.93.5	I*	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	15,50
79	99.93.6	I	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	3,90
79	99.93.7	I*	RIPARAZIONE E/O DISOSTRUZIONE DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	7,75
82		0	ANESTESIA	
82	03.91	H	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA - Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento	103,30
82	04.81.1	H	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesi per intervento	51,65
82	04.81.2	H	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA - Blocco degli intercostali Escluso: le anestesi per intervento	15,50
82	05.31	H	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA - Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	77,50
82	05.32	H	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI -	129,15
82	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
82	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
82	93.39.5	*	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA - Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti	3,05
82	93.95	*	OSSIGENAZIONE IPERBARICA - Per seduta	82,65
82	94.32		IPNOTERAPIA - Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	15,50
82	99.29.7	*	MESOTERAPIA -	6,75
82	99.91		AGOPUNTURA PER ANESTESIA -	9,75
82	99.92		ALTRA AGOPUNTURA - Escluso: quella con moxa revulsivante (93.35.1)	8,55
98		0	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOLOGICHE-MICROBIOLOGIA-	
98	89.65.1		EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA - Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	15,75
98	89.7		VISITA GENERALE - Visita specialistica, Prima visita -	18,60
98	89.01		ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI Storia e valutaz. abbreviata, Visita successiva alla prima	11,65
98	90.01.1		11 DEOSSICORTISOLO	16,40
98	90.01.2		17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	10,65
98	90.01.3		17 CHETOSTEROIDI [dU]	10,70
98	90.01.4		17 IDROSSICORTICOIDI [dU]	11,40
98	90.01.5		ACIDI BILIARI	9,15
98	90.02.1		ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)	16,00
98	90.02.2	R	ACIDO CITRICO	4,15
98	90.02.3		ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	9,65
98	90.02.4		ACIDO IPPURICO	5,85
98	90.02.5		ACIDO LATTICO	5,35
98	90.03.1		ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	7,80
98	90.03.2		ACIDO PIRUVICO	4,00
98	90.03.3	R	ACIDO SIALICO	13,95
98	90.03.4		ACIDO VALPROICO	9,30
98	90.03.5		ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU] (HPLC-Cromatografia liquida)	20,65

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.04.1	R	ADIURETINA (ADH)	9,15
98	90.04.2	R	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	22,90
98	90.04.3	R	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	22,90
98	90.04.4		ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	5,25
98	90.04.5		ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	1,35
98	90.04.6	I R	CROMOGRANINA A	30,00
98	90.04.7	I R	METANEFRINE FRAZIONATE	50,00
98	90.05.1		ALBUMINA [S/U/dU]	2,60
98	90.05.2		ALDOLASI [S]	2,80
98	90.05.3		ALDOSTERONE [S/U]	14,65
98	90.05.4		ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	6,30
98	90.05.5		ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	10,80
98	90.05.6	I	PREALBUMINA	6,00
98	90.06.1		ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	7,60
98	90.06.2		ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	10,85
98	90.06.3		ALFA 2 MACROGLOBULINA	4,20
98	90.06.4		ALFA AMILASI [S/U]	2,45
98	90.06.5		ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	5,25
98	90.07.1	R	ALLUMINIO [S/U]	9,10
98	90.07.2	R	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]	3,50
98	90.07.3	R	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]	12,90
98	90.07.4		AMITRIPTILINA	7,35
98	90.07.5		AMMONIO [P]	9,10
98	90.07.6	I R	AMINOACIDI. DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO (HPLC)	10,00
98	90.07.7	I	OMOCISTEINA (HPLC-Cromatografia liquida)	30,00
98	90.08.1		ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]	12,50
98	90.08.2		ANGIOTENSINA II	13,95
98	90.08.3		ANTIBIOTICI - Aminoglicosidi, Vancomicina.	7,35
98	90.08.4		APOLIPOPROTEINA ALTRA	6,10
98	90.08.5		APOLIPOPROTEINA B	5,95
98	90.08.6	I	PROTEINE SPECIFICHE ALTRE	4,65
98	90.09.1		APTOGLOBINA	4,65
98	90.09.2		ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	1,35
98	90.09.3		BARBITURICI	8,05
98	90.09.4		BENZODIAZEPINE	8,85
98	90.09.5		BENZOLO	9,20
98	90.10.1		BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	10,80
98	90.10.2		BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	0,75
98	90.10.3		BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)	0,90
98	90.10.4		BILIRUBINA TOTALE	1,25
98	90.10.5		BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	1,55
98	90.10.6	I R	BIOTINIDASI	10,80
98	90.11.1		C PEPTIDE	11,60
98	90.11.2		C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	48,25
98	90.11.3	R	CADMIO	9,10
98	90.11.4		CALCIO TOTALE [S/U/dU]	1,30
98	90.11.5		CALCITONINA	14,60
98	90.11.6	I	CALCIO IONIZZATO	5,35
98	90.12.1		CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	10,10
98	90.12.2		CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	5,35
98	90.12.3		CARBAMAZEPINA	13,40
98	90.12.4		CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	12,60
98	90.12.5		CERULOPLASMINA	5,70
98	90.13.1		CHIMOTRIPSINA [Feci]	5,45
98	90.13.2	*	CICLOSPORINA	16,30
98	90.13.3		CLORURO [S/U/dU]	1,25
98	90.13.4		CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	8,45
98	90.13.5		COBALAMINA (VIT. B12) [S]	9,10
98	90.14.1		COLESTEROLO HDL	1,90
98	90.14.2		COLESTEROLO LDL	0,70
98	90.14.3		COLESTEROLO TOTALE	1,25
98	90.14.4		COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	1,55
98	90.14.5		COPROPORFIRINE	6,40
98	90.15.1		CORPI CHETONICI	0,80
98	90.15.2		CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	20,55
98	90.15.3	*	CORTISOLO [S/U]	10,65
98	90.15.4		CREATINCHINASI (CPK o CK)	2,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.15.5		CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	3,75
98	90.15.6	I R	CORTICOSTEROIDI : ALTRI	10,65
98	90.16.1		CREATINCHINASI ISOENZIMI	2,80
98	90.16.2		CREATINCHINASI ISOFORME	12,55
98	90.16.3		CREATININA [S/U/dU/La]	1,30
98	90.16.4		CREATININA CLEARANCE	1,80
98	90.16.5	R	CROMO	9,10
98	90.16.6	I	CK-MB Dosaggio di massa (Dos. in chemiluminescenza)	7,60
98	90.17.1		DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	10,70
98	90.17.2		DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	15,40
98	90.17.3		DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	9,65
98	90.17.4		DESIPRAMINA	7,35
98	90.17.5		DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	22,90
98	90.18.A	I	ETILGLUCURONATO (TEST IMMUNOCHEMICO)(U/S/Cap/altro materiale biologico)	6,00
98	90.18.B	R I	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) (U/S)	25,45
98	90.18.C	R I	ETILGLUCURONATO (TEST DI CONFERMA) Cap/altro materiale biologico	42,50
98	90.18.1		DOPAMINA [S/U]	13,35
98	90.18.2		DOXEPINA	7,35
98	90.18.3		DROGHE D'ABUSO - Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, ecstasy, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)	6,00
98	90.18.4		ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	18,45
98	90.18.5	R	ERITROPOIETINA	17,70
98	90.19.A	I	CDT (METODO IMMUNOCHEMICO) (S)	6,00
98	90.19.B	I	CDT (METODICHE SEPARATIVE) (S)	18,70
98	90.19.C	IR	ETANOLO:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/altro materiale biologico	25,45
98	90.19.1		ESTERI ORGANOFOSFORICI	5,45
98	90.19.2		ESTRADIOLO (E2) [S/U]	13,05
98	90.19.3		ESTRIOLO (E3) [S/U]	7,70
98	90.19.4		ESTRIOLO NON CONIUGATO	9,20
98	90.19.5		ESTRONE (E1)	15,15
98	90.19.6	I R	GLOBULINA TRASPORTO ORMONI SESSUALI (SHBG)	22,00
98	90.20.1		ETANOLO	5,80
98	90.20.2		ETOSUCCIMIDE	9,10
98	90.20.3		FARMACI ANTIARITMICI - Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide.	9,10
98	90.20.4		FARMACI ANTIINFIAMMATORI - Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati.	7,25
98	90.20.5		FARMACI ANTITUMORALI - Ciclofosfamide, Metotressato.	9,35
98	90.20.6	I	FENOBARBITAL	11,10
98	90.20.7	I	FARMACI : ALTRI	11,10
98	90.20.8	I *	FARMACI:TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO U/S/Cap/altro materiale biologico	25,00
98	90.21.1		FARMACI DIGITALICI	11,10
98	90.21.2	R	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	9,15
98	90.21.3		FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	4,95
98	90.21.4		FECI SANGUE OCCULTO	3,90
98	90.21.5	R	FENILALANINA	3,50
98	90.21.6	I R	FECI : DOSAGGIO GRASSI	10,85
98	90.21.7	I	FECI : SOSTANZE RIDUCENTI	3,90
98	90.21.8	I	FECI : POTERE TRIPTICO	3,90
98	90.21.9	I	PREPARAZIONE FECI PER ESAMI NUTRIZIONALI	25,85
98	90.21.A	I	ELASTASI FECALE	20,00
98	90.21.B	I R *	BNP	25,00
98	90.22.1		FENITOINA	10,85
98	90.22.2		FENOLO [U]	3,60
98	90.22.3		FERRITINA [P/(Sg)Er]	9,10
98	90.22.4		FERRO [dU]	5,35
98	90.22.5		FERRO [S]	1,55
98	90.23.1	R	FLUORO	6,25
98	90.23.2		FOLATO [S/(Sg)Er]	9,10

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.23.3		FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	10,35
98	90.23.4		FOSFATASI ACIDA	1,80
98	90.23.5		FOSFATASI ALCALINA	1,40
98	90.24.1		FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	10,55
98	90.24.2		FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	11,35
98	90.24.3		FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	1,60
98	90.24.4	R	FOSFOESOSOIOMERASI (PHI)	1,10
98	90.24.5		FOSFORO	1,00
98	90.25.1	R	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	3,15
98	90.25.2	R	FRUTTOSIO [Ls]	4,15
98	90.25.3		GALATTOSIO (Prova da carico)	6,95
98	90.25.4		GALATTOSIO [S/U]	2,15
98	90.25.5		GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	1,25
98	90.26.1		GASTRINA [S]	11,65
98	90.26.2		GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	7,45
98	90.26.3		GLUCAGONE [S]	8,35
98	90.26.4		GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	2,45
98	90.26.5		GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	4,75
98	90.27.1		GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	1,30
98	90.27.2		GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	9,30
98	90.27.3		GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]	6,65
98	90.27.4		GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	12,60
98	90.27.5		GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	14,25
98	90.27.6	I R	Proteina A associata alla gravidanza (PAPP-A)	12,00
98	90.27.7	I R	Inibina A (InhA)	20,00
98	90.28.1		Hb - EMOGLOBINA GLICATA	10,60
98	90.28.2		IDROSSIPROLINA [U]	17,85
98	90.28.3		IMIPRAMINA	14,25
98	90.28.4		IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	9,30
98	90.28.5		INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	30,60
98	90.29.1		INSULINA [S]	9,65
98	90.29.2		LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	1,30
98	90.29.3		LATTE MULIERBE	4,00
98	90.29.4		LATTOSIO [U/Ls]	2,55
98	90.29.5		LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	2,80
98	90.29.6	I	LEUCOTRIENI	15,65
98	90.29.7	I R	LEPTINA	30,00
98	90.30.1		LEVODOPA	7,35
98	90.30.2		LIPASI [S]	3,20
98	90.30.3		LIPOPROTEINA (a)	13,65
98	90.30.4		LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	4,00
98	90.30.5		LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	1,05
98	90.31.1		LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	11,40
98	90.31.2		LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	17,70
98	90.31.3		LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	1,05
98	90.31.4		LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	4,20
98	90.31.5		LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	7,60
98	90.32.1		LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	2,60
98	90.32.2		LITIO [P]	4,15
98	90.32.3		LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	10,30
98	90.32.4		LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)	55,90
98	90.32.5		MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	1,70
98	90.33.A	I	CALPROTECTINA FECALE	21,25
98	90.33.1	R	MANGANESE [S]	6,25
98	90.33.2		MEPROBAMATO	7,35
98	90.33.3	R	MERCURIO	9,10
98	90.33.4		MICROALBUMINURIA	4,65
98	90.33.5		MIOGLOBINA [S/U]	7,60
98	90.33.6	I	MARKER TUMORALI :ALTRI	10,60
98	90.33.7	I R	MARKERS DI FUNZIONE O DANNO TESSUTALE	10,60
98	90.33.8	I R	MARKERS DI TURNOVER OSSEO : ALTRI	25,00
98	90.33.9	I R	IGF-BP3	15,00
98	90.34.1		NEOPTERINA	10,90
98	90.34.2	R	NICHEL	10,15
98	90.34.3		NORTRIPTILINA	5,45
98	90.34.4	R	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO	6,95

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.34.5		ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	11,00
98	90.34.6	I	OSMOLALITA' [P/U]	3,50
98	90.35.1		ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	10,60
98	90.35.2		ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (5) - (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)	33,05
98	90.35.3		OSSALATI [U]	8,95
98	90.35.4		OSTEOCALCINA (BGP)	25,45
98	90.35.5		PARATORMONE (PTH) [S]	21,05
98	90.36.1		PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	6,25
98	90.36.2		pH EMATICO	7,45
98	90.36.3		PIOMBO [S/U]	20,25
98	90.36.4		PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	7,85
98	90.36.5		POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	6,25
98	90.37.1		PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	13,35
98	90.37.2		PORFOBILINOGENO [U]	5,95
98	90.37.3		POST COITAL TEST	2,80
98	90.37.4		POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,25
98	90.37.5		PRIMIDONE	9,10
98	90.38.1		PROGESTERONE [S]	12,45
98	90.38.2		PROLATTINA (PRL) [S]	9,70
98	90.38.3		PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5)	28,15
98	90.38.4		PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] - Incluso: Dosaggio Proteine totali.	4,65
98	90.38.5		PROTEINE [S/U/dU/La]	1,25
98	90.38.6	I	PROSTAGLANDINE	15,65
98	90.38.7	I	PROTEINA LEGANTE IL RETINOLO	10,85
98	90.39.1		PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) - Incluso: Dosaggio Proteine totali.	4,65
98	90.39.2		PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	7,70
98	90.39.3	R	PURINE E LORO METABOLITI	10,55
98	90.39.4	R	RAME [S/U]	5,00
98	90.39.5		RECETTORI DEGLI ESTROGENI	21,20
98	90.40.1		RECETTORI DEL PROGESTERONE	17,60
98	90.40.2		RENINA [P]	25,85
98	90.40.3	R	SELENIO	6,95
98	90.40.4		SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,25
98	90.40.5		SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	4,65
98	90.40.6	I R	SEROTONINA [S/P/Ps/U]	16,00
98	90.40.7	I R	SOLFATI	5,35
98	90.40.8	I	SOMATOMEDINA	10,60
98	90.41.1		SUDORE (Esame con determinazione di Na ⁺ e K ⁺)	0,90
98	90.41.2		TEOFILLINA	11,00
98	90.41.3		TESTOSTERONE [P/U]	12,15
98	90.41.4		TESTOSTERONE LIBERO	15,80
98	90.41.5		TIREOGLOBULINA (Tg)	15,65
98	90.42.1		TIREOTROPINA (TSH)	11,65
98	90.42.2		TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)	23,25
98	90.42.3		TIROXINA LIBERA (FT4)	9,10
98	90.42.4		TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	4,00
98	90.42.5		TRANSFERRINA [S]	5,20
98	90.42.6	I R	TIROXINA (T4) NEONATALE SU SPOT	15,65
98	90.42.7	I R	TIREOTROPINA (TSH) NEONATALE SU SPOT	15,65
98	90.42.8	I R	RECETTORE SOLUBILE DELLA TRANSFERRINA	15,00
98	90.43.1	R *	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO - (Per screening S. Down e altre anomalie).	19,95
98	90.43.2		TRIGLICERIDI	2,10
98	90.43.3		TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	9,15
98	90.43.4		TRIPSINA [S/U]	10,50
98	90.43.5		URATO [S/U/dU]	1,30
98	90.43.6	I R *	TEST COMBINATO (f-]-hCG+PAPP-A)	26,00
98	90.43.7	I R *	TEST BIOCHIMICO (AFP+hCG+uE3+InhA)	52,75
98	90.43.8	I R *	TEST INTEGRATO BIOCHIMICO (PAPP-A+AFP+hCG+uE3+InhA)	64,75
98	90.44.1		UREA [S/P/U/dU]	1,40
98	90.44.2		URINE CONTA DI ADDIS	3,90
98	90.44.3		URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,90
98	90.44.4		URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	0,75
98	90.44.5		VITAMINA D	16,30
98	90.45.1	R	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	10,45
98	90.45.2	R	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	10,45

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.45.3		XILOSIO (Test di assorbimento)	5,95
98	90.45.4		ZINCO [S/U]	6,25
98	90.45.5		ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	8,55
98	90.45.6	I	SORBITOLO: DETERMINAZIONE	7,00
98	90.46.3		AGGLUTININE A FREDDO	7,45
98	90.46.4	*	ALFA 2 ANTIPLASMINA	8,80
98	90.46.5		ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	4,65
98	90.47.1		ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	4,65
98	90.47.2		ANTICORPI ANTI A/B	4,20
98	90.47.3		ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	13,35
98	90.47.4	R	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	11,45
98	90.47.5		ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	12,55
98	90.48.1		ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	8,40
98	90.48.2		ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	11,45
98	90.48.3		ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	11,90
98	90.48.4		ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	1,80
98	90.48.5		ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	8,40
98	90.49.1		ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	18,90
98	90.49.2		ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	24,30
98	90.49.3		ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	9,30
98	90.49.4		ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	11,45
98	90.49.5		ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	11,45
98	90.49.6	I	ANTICORPI ANTIENDOMISIO	13,35
98	90.49.7	I R	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI	13,35
98	90.49.8	I R	ANTICORPI ANTIERITROCITI con monospecifici (Test di Coombs) Ciascuno	15,50
98	90.49.9	I	ELUIZIONE/ADSORBIMENTO ANTICORPI ANTI ERITROCITI	18,90
98	90.49.A	I	ANTICORPI ANTITRANSGLUTAMINASI	13,95
98	90.49.B	I R *	ANTICORPI ANTI CAG-A	25,00
98	90.50.1	R	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	35,85
98	90.50.2	R	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)	35,85
98	90.50.3	R	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)	21,00
98	90.50.4	R	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)	18,80
98	90.50.5		ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	8,65
98	90.51.1		ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	12,20
98	90.51.2		ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	41,90
98	90.51.3	R	ANTICORPI ANTI MAG	11,45
98	90.51.4		ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPERROSSIDASI (AbTPO)	11,45
98	90.51.5		ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	8,30
98	90.52.1		ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	9,45
98	90.52.2		ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	7,45
98	90.52.3		ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	7,45
98	90.52.4		ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	9,70
98	90.52.5		ANTICORPI ANTI ORGANO	14,55
98	90.53.1		ANTICORPI ANTI OVAIO	7,45
98	90.53.2		ANTICORPI ANTI PIASTRINE	42,85
98	90.53.3		ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	88,25
98	90.53.4		ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	25,35
98	90.53.5		ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	25,35
98	90.53.6	I	ANTICORPI ANTIRECETTORI ACETILCOLINESTERASI	25,35
98	90.54.1		ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	8,65
98	90.54.2		ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	8,65
98	90.54.3		ANTICORPI ANTI SURRENE	7,45
98	90.54.4		ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	12,70
98	90.54.5		ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	7,00
98	90.55.1		ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	18,55
98	90.55.2		ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	18,10
98	90.55.3		ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	16,45
98	90.55.4		ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	15,50
98	90.55.5		ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	15,50
98	90.56.1		ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	18,45
98	90.56.2		ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	12,10
98	90.56.3		ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	10,60
98	90.56.4		ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	18,45
98	90.56.5		ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	10,60
98	90.56.6	I	ANTIGENE PROSTATICO LIBERO (PSA FREE)	12,10
98	90.56.7	I	ANTIGENE TPS	18,45

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.57.1		ANTIGENE TA 4 (SCC)	22,05
98	90.57.2	R	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	17,10
98	90.57.3		ANTIGENI HLA (Ciascuno)	17,40
98	90.57.4		ANTIGENI PIASTRINICI	42,15
98	90.57.5		ANTITROMBINA III FUNZIONALE	5,20
98	90.58.1		ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)	18,45
98	90.58.2		AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	6,90
98	90.58.3	*	BETA TROMBOGLOBULINA	9,15
98	90.58.4		CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]	4,05
98	90.58.5		CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI	24,45
98	90.59.1		CITOTOSSICITA' CTL	22,40
98	90.59.2		CITOTOSSICITA' LAK	22,40
98	90.59.3		CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	19,45
98	90.59.4		COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE - (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	93,90
98	90.59.5	I R	COFATTORE RISTOCETINICO	13,95
98	90.60.1		COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	6,20
98	90.60.2		COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	6,65
98	90.60.3	R	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	361,55
98	90.60.4	R	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	2,45
98	90.60.5	R	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	32,90
98	90.60.6	I R	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI	361,55
98	90.61.1		CRIOGLOBULINE RICERCA	1,80
98	90.61.2		CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	11,70
98	90.61.3		CYFRA 21-1	21,20
98	90.61.4		D-DIMERO (EIA)	8,55
98	90.61.5		D-DIMERO (Test al lattice)	7,15
98	90.61.6	I H	DROGHE D'ABUSO :ALTRE (Immunometrico)	6,00
98	90.61.7	RI H	DROGHE D'ABUSO : TEST DI CONFERMA CROMATOGRAFICO per le seguenti sostanze e matrici biologiche: amfetamine, metamfetamine (inclusa MDMA), buprenorfina, cannabinoidi, cocaina, LSD, oppiacei, fenciclidina, propossifene, nicotina, caffeina, altre droghe, principi attivi e metabolici (U/S/Cap/altro materiale biologico)	25,45
98	90.62.1		EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA	1,00
98	90.62.2		EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	4,15
98	90.62.3		EMOLISINA BIFASICA	12,10
98	90.62.4		ENZIMI ERITROCITARI	15,50
98	90.62.5		EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	2,50
98	90.63.1		EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	11,05
98	90.63.2		ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	6,75
98	90.63.3		ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO - Caratterizzazione di cellule patologiche .	20,90
98	90.63.4		ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO - Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	3,75
98	90.63.5		ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	18,80
98	90.64.1		FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	24,00
98	90.64.2		FATTORE REUMATOIDE	4,75
98	90.64.3		FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)	14,35
98	90.64.4	H	FENOTIPO Rh	10,60
98	90.64.5		FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	13,55
98	90.65.1		FIBRINOGENO FUNZIONALE	2,65
98	90.65.2	*	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	9,15
98	90.65.3	H	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	7,75
98	90.65.4	H	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo	5,20
98	90.66.1	R	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	108,50
98	90.66.2		Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	1,80
98	90.66.3		Hb - EMOGLOBINA A2	9,65
98	90.66.4		Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	4,00
98	90.66.5		Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	14,40
98	90.67.1	R	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	13,90
98	90.67.2	R	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	12,90
98	90.67.3		Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]	1,80
98	90.67.4	R	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO - (1 siero/30 soggetti)	86,95
98	90.67.5		IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	7,35
98	90.67.6	I R	Hb- Affinità per l'ossigeno (curva a 6 punti + effetto Bohr)	128,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.67.7	I R	Hb- Affinità per l'ossigeno (test di screening a 1 punto)	22,00
98	90.67.8	I R	Hb- Dosaggio 2,3 Difosfoglicerato	8,00
98	90.68.1	*	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE:(Per ogni determinazione)	10,00
98	90.68.2		IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	12,05
98	90.68.3		IgE TOTALI	11,10
98	90.68.4		IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	15,50
98	90.68.5		IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	16,40
98	90.68.6	I	PROTEINA CATIONICA DEGLI EOSINOFILI [ECP]	23,25
98	90.68.7	I R	IMMUNOGLOBULINE G BLOCCANTI	19,15
98	90.68.8	I	TRYPTASI	16,15
98	90.69.1	R	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	7,85
98	90.69.2		IMMUNOFISSAZIONE	29,70
98	90.69.3		IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	16,40
98	90.69.4		IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	5,85
98	90.69.5	*	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	9,65
98	90.69.6	I	IgD (Immunoglobine D)	15,50
98	90.70.1	R	INTERFERONE	22,90
98	90.70.2	R	INTERLEUCHINA 2	19,65
98	90.70.3		INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	5,55
98	90.70.4		LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]	4,35
98	90.70.5		LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]	1,00
98	90.70.6	I R	INTERLEUCHINE : ALTRE	19,65
98	90.70.7	I R	MANIPOLAZIONE CELLULE MIDOLLARI PER TRAPIANTO	361,55
98	90.71.1		METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	2,80
98	90.71.2	R	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)	7,10
98	90.71.3		PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	1,25
98	90.71.4		PINK TEST	2,80
98	90.71.5	R	PLASMINOGENO	11,70
98	90.71.6	I	PESPINOGENO	10,50
98	90.72.1		PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	9,10
98	90.72.2		PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	9,10
98	90.72.3		PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	4,75
98	90.72.4		PROTEINA S LIBERA [P]	9,85
98	90.72.5		PROTEINA S TOTALE [P]	9,85
98	90.72.6	I	PROCALCITONINA	34,00
98	90.73.1	R	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	4,65
98	90.73.2	H	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	8,50
98	90.73.3	R	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	6,05
98	90.73.4	R	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena Fingerprint)	117,95
98	90.73.5	R	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	53,65
98	90.74.1	R	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	51,20
98	90.74.2		REAZIONE DI WAALER ROSE	3,05
98	90.74.3		RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	4,20
98	90.74.4		RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)	8,55
98	90.74.5		RETICOCITI (Conteggio) [(Sg)]	5,50
98	90.74.6	I	RETICOCITI IN CITOFLUORIMETRIA	11,40
98	90.75.1	R	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	3,45
98	90.75.2		TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	1,60
98	90.75.3		TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	1,80
98	90.75.4		TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	2,60
98	90.75.5		TEMPO DI TROMBINA (TT)	2,80
98	90.76.1		TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	2,55
98	90.76.2	*	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	4,00
98	90.76.3		TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	2,80
98	90.76.4		TEST DI FALCIZZAZIONE	2,80
98	90.76.5		TEST DI HAM	4,80
98	90.77.1		TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)	2,70
98	90.77.2	*	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	9,05
98	90.77.3		TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	36,45
98	90.77.4		TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	36,45
98	90.77.5		TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)	477,25
98	90.77.6	I R	TEST DI NEUTRALIZZAZIONE FOSFOLIPIDICA O PIASTRINICA	14,35
98	90.78.1		TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)	5,20
98	90.78.2	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	101,50
98	90.78.3	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,15
98	90.78.4	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	101,50

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.78.5	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,15
98	90.79.1	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	101,50
98	90.79.2	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,15
98	90.79.3	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,15
98	90.79.4	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	155,30
98	90.79.5	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	188,75
98	90.80.1	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,15
98	90.80.2	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,40
98	90.80.3	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	109,15
98	90.80.4	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,40
98	90.80.5	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,15
98	90.81.1	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	213,35
98	90.81.2	R	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	311,60
98	90.81.3	R	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	149,30
98	90.81.4	R	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)	158,70
98	90.81.5	R	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	17,10
98	90.81.6	I R	TIPIZZAZIONE C4 (IE - imm.elettrofor.)	20,70
98	90.81.7	I R	TIPIZZAZIONE Bf (immunoprecipitaz.)	15,50
98	90.82.1	R	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	2,80
98	90.82.2	*	TROMBOSSANO B2	5,65
98	90.82.3		TROPONINA I	16,40
98	90.82.4		VALORE EMATOCRITO	0,80
98	90.82.5		VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMASIE (VES)	2,10
98	90.83.1	*	VISCOSITA' EMATICA	26,35
98	90.83.2		VISCOSITA' PLASMATICA	6,20
98	90.83.3		ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	8,60
98	90.83.4	R	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS - (Previa reazione polimerasica a catena)	59,95
98	90.83.5		BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	34,10
98	90.83.6	I	MICROORGANISMI NAS Ac. NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (Ibridazione Diretta)	34,10
98	90.83.7	I	MICROORGANISMI NAS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI (previa PCR)	59,95
98	90.84.1		BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)	12,20
98	90.84.2		BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,20
98	90.84.3		BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	11,45
98	90.84.4		BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)	6,35
98	90.84.5		BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	6,35
98	90.85.1		BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)	6,35
98	90.85.2		BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)	12,20
98	90.85.3		BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (E.I.A.)	5,85
98	90.85.4		BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Agglutinazione)	1,30
98	90.85.5		BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA - In materiali biologici (Elettrosineresi)	2,30
98	90.85.6	I	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA CELLULARI - (Identificazione diretta in materiali biologici) (IF)	10,80
98	90.85.7	I	BETALATTAMASI : RICERCA SU BATTERI	2,60
98	90.86.1		BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas	12,20
98	90.86.2		BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas	6,85
98	90.86.3		BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI - Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria.	3,85
98	90.86.4		BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)	1,90
98	90.86.5		BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA - Colorazioni speciali.	2,45
98	90.86.6	I	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - (Ricerca Microscopica Diretta in campo oscuro o in contrasto di fase)	2,45
98	90.86.7	I	BATTERI NAS IN CAMPIONI BIOLOGICI VARI RICERCA MIRATA (Colture speciali)	8,65
98	90.86.8	I	PROVA BIOLOGICA DI STERILITA'	3,85
98	90.86.9	I	MICROORGANISMI NAS: neutralizzazione	8,65
98	90.87.1		BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI - Saggio di inibizione della crescita.	4,65
98	90.87.2		BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO - Saggio di inibizione della crescita.	6,35

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.87.3		BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE - Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	2,30
98	90.87.4		BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)	9,10
98	90.87.5		BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)	7,50
98	90.87.6	I	BORDETELLA PERTUSSIS ES. COLTURALE	8,65
98	90.88.1		BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)	12,60
98	90.88.2		BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	3,35
98	90.88.3		CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA	7,65
98	90.88.4		CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	6,20
98	90.88.5		CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	4,85
98	90.89.1		CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	11,60
98	90.89.2		CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,25
98	90.89.3		CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	3,45
98	90.89.4		CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)	3,65
98	90.89.5		CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	25,20
98	90.90.1		CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	7,75
98	90.90.2		CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)	14,00
98	90.90.3		CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	26,70
98	90.90.4		CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,40
98	90.90.5		CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	11,45
98	90.91.1		CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	5,85
98	90.91.2		CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	3,45
98	90.91.3		CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)	5,20
98	90.91.4		E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,10
98	90.91.5		E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,20
98	90.92.1		E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
98	90.92.2		ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)	7,75
98	90.92.3		ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	8,10
98	90.92.4		ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	16,00
98	90.92.5		ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	6,20
98	90.92.6	I	CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE ES. COLTURALE	8,65
98	90.92.7	I	DIFTERITE ANTICORPI IgG (EIA)	9,40
98	90.93.1		ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Cultura xenica)	7,65
98	90.93.2		ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSUURI] RICERCA MICROSCOPICA - Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)	3,05
98	90.93.3		ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	6,70
98	90.93.4		ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria gonorrhoeae.	6,20
98	90.93.5		ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni - Escluso: Neisseria meningitidis.	6,20
98	90.93.6	I H	ES. COLTURALE CAMPIONI PROVENIENTI DA VIE AEREE INFERIORI - (Broncoaspirato, BAL, ecc)	9,40
98	90.93.7	I H	ES. COLTURALE LIQUOR CEREBROSPINALE	9,40
98	90.93.8	I	ES. COLTURALE MATERIALE PROTESICO	9,40
98	90.93.9	I	ES. COLTURALE TAMPONE AURICOLARE	9,40
98	90.94.1		ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni.	26,45
98	90.94.2		ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] - Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni. Incluso: conta batterica.	8,35
98	90.94.3		ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] - Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter - Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	9,40
98	90.94.4		HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)	8,20
98	90.94.5		HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	4,45
98	90.94.6	I	ES. COLTURALE TAMPONE OCULARE/CONGIUNTIVALE	9,40
98	90.94.7	I	ESAME COLTURALE ESPETTORATO	6,70
98	90.95.1		HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	6,20
98	90.95.2		LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	6,55
98	90.95.3		LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	18,45
98	90.95.4		LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	7,65
98	90.95.5		LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	13,95
98	90.95.6	I	LEGIONELLE, antigene in materiali biologici	8,20
98	90.95.7	I	HELICOBACTER PYLORI, antigene in materiali biologici	8,20
98	90.96.1		LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	10,60
98	90.96.2		LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)	4,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	90.96.3		LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)	13,95
98	90.96.4		LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,85
98	90.96.5		LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	9,55
98	90.96.6	I	LEPTOSPIRA ES. COLTURALE	8,65
98	90.97.1		LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	3,75
98	90.97.2	*	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	11,35
98	90.97.3	*	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	10,55
98	90.97.4		MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,40
98	90.97.5		MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	5,95
98	90.97.6	I	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)	5,95
98	90.97.7	I	MICETI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)	10,80
98	90.97.8	I R *	AMANITINA URINARIA	103,30
98	90.98.1		MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,35
98	90.98.2		MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)	2,75
98	90.98.3		MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
98	90.98.4		MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	3,35
98	90.98.5		MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	2,75
98	91.01.1		MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	56,85
98	91.01.2		MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	10,80
98	91.01.3		MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)	10,80
98	91.01.4		MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico)	15,50
98	91.01.5		MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,20
98	91.02.1	R *	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	37,50
98	91.02.2		MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)	16,05
98	91.02.3		MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)	8,65
98	91.02.4		MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyiun)	3,60
98	91.02.5		MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)	11,25
98	91.03.1		MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	7,10
98	91.03.2		MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,20
98	91.03.3		MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
98	91.03.4		MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	7,75
98	91.03.5		NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE	3,15
98	91.03.6	I	MICOPLASMI UROGENITALI : ES. COLTURALE	8,65
98	91.04.1		NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE	3,15
98	91.04.2		NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,40
98	91.04.3		NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
98	91.04.4		PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)	3,60
98	91.04.5		PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	3,60
98	91.05.1		PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	2,75
98	91.05.2		PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)	4,70
98	91.05.3		PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	7,65
98	91.05.4		PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)	4,70
98	91.05.5		PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) - Striscio sottile e goccia spessa	3,60
98	91.05.6	I	ES. MICROSCOPICO A FRESCO SU MATERIALE VARIO	2,45
98	91.06.1		PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	7,85
98	91.06.2		PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO	4,00
98	91.06.3		PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)	7,25
98	91.06.4		PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	7,65
98	91.06.5		RICKETSIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	5,00
98	91.06.6	I	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta per Agglutinazione)	5,70
98	91.06.7	I	PROTOZOI Ag. CELLULARI ED EXTRACELLULARI IN MATERIALI BIOLOGICI - (Identificazione Diretta EIA, IF)	10,80
98	91.07.1		RICKETSIAE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]	8,25
98	91.07.2		SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	6,65
98	91.07.3		SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]	3,35
98	91.07.4		SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO	7,35

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	91.07.5		SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	9,10
98	91.08.1		SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	6,65
98	91.08.2		SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	6,20
98	91.08.3		SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	8,20
98	91.08.4		STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	3,75
98	91.08.5		STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	4,85
98	91.08.6	I	ANTICORPI ANTI STREPTOCOCCO : ALTRI	5,90
98	91.09.1		STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	5,90
98	91.09.2		STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	5,80
98	91.09.3		TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	16,00
98	91.09.4		TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	11,10
98	91.09.5		TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]	3,40
98	91.10.1		TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	11,80
98	91.10.2		TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	6,65
98	91.10.3		TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	8,20
98	91.10.4		TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	3,50
98	91.10.5		TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	5,80
98	91.10.6	I	TETANO ANTICORPI IgG (EIA)	7,75
98	91.11.1		TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	3,40
98	91.11.2		TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	4,15
98	91.11.3		VIBRIO CHOLERAEE NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,10
98	91.11.4		VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	8,20
98	91.11.5	R *	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	63,55
98	91.12.1	R *	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	69,90
98	91.12.2	R *	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	34,10
98	91.12.3		VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	12,65
98	91.12.4		VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	6,55
98	91.12.5		VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	28,00
98	91.12.6	I	VIRUS NAS COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO	28,00
98	91.12.7	I	VIRUS NAS RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)	63,45
98	91.13.1		VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,25
98	91.13.2		VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	36,20
98	91.13.3		VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) - Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico.	6,30
98	91.13.4		VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.) - Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus.	6,30
98	91.13.5		VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio.	10,05
98	91.13.6	I	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (mediante Immunoblotting)	69,80
98	91.13.7	I	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (test di Avidità)	9,30
98	91.13.8	I	SEPARAZIONE LEUCOCITI DAL SANGUE MEDIANTE GRADIENTE	18,10
98	91.13.9	I	SEPARAZIONE IgM PER RICERCA ANTICORPI SPECIFICI	9,25
98	91.14.1		VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	7,75
98	91.14.2		VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,35
98	91.14.3		VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	8,80
98	91.14.4		VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	36,15
98	91.14.5	R	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	28,00
98	91.15.1		VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,45
98	91.15.2	R	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	36,15
98	91.15.3		VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,45
98	91.15.4		VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,45
98	91.15.5	R	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	36,15
98	91.16.1		VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	6,55
98	91.16.2		VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	12,40
98	91.16.3		VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.) - Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio.	5,20
98	91.16.4	R	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.) - Virus dell'apparato gastroenterico.	28,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	91.16.5		VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione) - Virus dell'apparato gastroenterico.	7,60
98	91.16.6	I	VIRUS EBV ACIDI NUCLEICI (previa PCR)	7,75
98	91.17.1		VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	9,35
98	91.17.2		VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	11,00
98	91.17.3	R *	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	63,45
98	91.17.4	R	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	36,15
98	91.17.5		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	8,85
98	91.18.1		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	9,45
98	91.18.2		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	9,35
98	91.18.3		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	9,00
98	91.18.4		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	9,05
98	91.18.5		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	10,35
98	91.19.1		VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)	13,85
98	91.19.2	R	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	23,35
98	91.19.3		VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	63,05
98	91.19.4	R	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	77,50
98	91.19.5		VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	10,35
98	91.20.1		VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,80
98	91.20.2	R	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	77,50
98	91.20.3		VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	12,05
98	91.20.4		VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	21,75
98	91.20.5		VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	18,00
98	91.21.1		VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	13,50
98	91.21.2		VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)	12,45
98	91.21.3		VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	7,65
98	91.21.4		VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	8,70
98	91.21.5		VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	6,55
98	91.21.6	I R	VIRUS HHV6 COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO	28,00
98	91.21.7	I R	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG o IgM (IF) Ciascuno	12,45
98	91.22.1		VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	7,75
98	91.22.2	R *	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	63,05
98	91.22.3	R *	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	77,50
98	91.22.4		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	8,80
98	91.22.5		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,80
98	91.22.6	I R	VIRUS HSV COLTURA DA MATERIALE BIOLOGICO	28,00
98	91.22.7	I R	VIRUS HSV RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)	63,45
98	91.23.1		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	85,65
98	91.23.2		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	21,75
98	91.23.3		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	25,75
98	91.23.4		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	70,00
98	91.23.5		VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	63,45
98	91.23.6	I R	VIRUS INFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI	28,00
98	91.24.1		VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo rapido)	28,00
98	91.24.2		VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE (Metodo tradizionale) - Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio.	50,45
98	91.24.3		VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)	7,75
98	91.24.4		VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)	7,75
98	91.24.5		VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	6,55
98	91.24.6	I R	VIRUS PARAINFLUENZALI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI	28,00
98	91.25.1		VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)	9,15
98	91.25.2		VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)	5,90
98	91.25.3		VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,50
98	91.25.4		VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)	7,75
98	91.25.5		VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)	9,15
98	91.25.6	I R	VIRUS PARVOVIRUS B19 RICERCA ACIDI NUCLEICI (previa PCR)	63,45
98	91.25.7	I R	VIRUS RESPIRATORI COLTURA DA MATERIALI BIOLOGICI	28,00
98	91.26.1		VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)	7,25
98	91.26.2		VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	4,75
98	91.26.3	R	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	63,05

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	91.26.4		VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	11,10
98	91.26.5		VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	4,00
98	91.27.1		VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	7,75
98	91.27.2		VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)	7,25
98	91.27.3		VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,25
98	91.27.4		YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	6,55
98	91.27.5		YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,10
98	91.28.1	R	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA - Con agente clastogenico "in vitro".	130,10
98	91.28.2	R	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	123,95
98	91.28.3	R	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	120,35
98	91.28.4	R	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	112,60
98	91.28.5	R	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	123,95
98	91.29.1	R	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	126,55
98	91.29.2	R	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO - Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi.	64,60
98	91.29.3	R	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi.	56,85
98	91.29.4	R	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate.	120,10
98	91.29.5	R	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA - Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate.	120,10
98	91.29.6	I R	REAL TIME PCR (metodo 5' Nucleasi)	126,55
98	91.29.7	I R	DISCRIMINAZIONE ALLELICA	90,00
98	91.29.8	I R	Analisi della Metilazione	126,55
98	91.30.1	R	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA - Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	158,55
98	91.30.2	R	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) - Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus).	127,60
98	91.30.3	R	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO - (Blocchi di circa 400 bp)	156,00
98	91.30.4	R	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	115,20
98	91.30.5	R	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.) - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	93,00
98	91.31.1	R	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	112,10
98	91.31.2	R	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	93,00
98	91.31.3	R	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	110,55
98	91.31.4	R	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI - 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	112,10
98	91.31.5	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	28,45
98	91.31.6	I	MICROSPORIDI RICERCA MEDIANTE COLORAZIONE SPECIALE	16,00
98	91.31.7	I	MICROORGANISMI NAS RICERCA ANTICORPI (EIA/IF)	7,75
98	91.31.8	I	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (agglutinazione)	5,70
98	91.31.9	I	MICROORGANISMI NAS: antigeni cellulari ed extracellulari (EIA - IF)	10,80
98	91.31.A	I	MICROORGANISMI NAS: identificazione mediante analisi degli acidi nucleici	63,45
98	91.31.B	I	MICROORGANISMI NAS: altri anticorpi	7,75
98	91.32.1	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	28,45
98	91.32.2	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	24,80
98	91.32.3	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	27,90
98	91.32.4	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	28,45
98	91.32.5	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	26,10
98	91.33.1	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	24,80
98	91.33.2	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	25,60
98	91.33.3	R	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	28,45
98	91.33.4	R	COLTURA DI AMNIOCITI	89,10
98	91.33.5	R	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	87,80
98	91.34.1	R	COLTURA DI FIBROBLASTI	118,80
98	91.34.2	R	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	143,60
98	91.34.3	R	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	122,95
98	91.34.4	R	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	95,55
98	91.34.5	R	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	80,05
98	91.35.1	R	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	118,80
98	91.35.2	R	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE - BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	93,00

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	91.35.3	R	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	82,65
98	91.35.4	R	COLTURA DI VILLI CORIALI	119,85
98	91.35.5	R	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA - Linfociti periferici, cellule di altri tessuti.	58,65
98	91.36.1	R	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	40,55
98	91.36.2	R	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	32,90
98	91.36.3	R	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	32,90
98	91.36.4	R	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	42,35
98	91.36.5	R	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) - Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali.	45,45
98	91.37.1	R	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	81,60
98	91.37.2	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sequenze genomiche in YAC.	282,50
98	91.37.3	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide.	186,45
98	91.37.4	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	150,30
98	91.37.5	R	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI - mediante sonde molecolari painting	186,45
98	91.38.1	R	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) - Ricerca heteroduplex (HA)	120,60
98	91.38.2	R	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	120,60
98	91.38.3	R	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	120,60
98	91.38.4	R	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	47,00
98	91.38.5		ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	11,20
98	91.38.6	I R	RICERCA MUTAZIONE (DHPLC) Per blocchi di 200 p.b.	30,00
98	91.38.7	I R	RICERCA MUTAZIONE (OLA -PCR-SCS) per 31 mutazioni	317,00
98	91.38.8	I R	RICERCA MUTAZIONE (Pyrosequencing) per singola mutazione	20,00
98	91.38.09	I	ESAME CITOLOGICO SU STRATO SOTTILE (per ciascun campione)	21,25
98	91.39.1		ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	33,80
98	91.39.2		ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,20
98	91.39.3		ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,20
98	91.39.4		ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE - (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	14,10
98	91.39.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo - In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain.	27,20
98	91.40.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea	27,20
98	91.40.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice	14,10
98	91.40.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice	14,10
98	91.40.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	14,10
98	91.40.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale	27,20
98	91.41.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale	14,10
98	91.41.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica	39,45
98	91.41.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	14,10
98	91.41.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	46,50
98	91.41.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare	14,10
98	91.42.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)	46,50
98	91.42.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)	14,10
98	91.42.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	43,65
98	91.42.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica	43,65
98	91.42.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali	14,10
98	91.43.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)	14,10
98	91.43.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	46,50
98	91.43.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea	14,10
98	91.43.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)	46,50
98	91.43.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica	46,50
98	91.44.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	46,50
98	91.44.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari	14,10
98	91.44.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale - (Con raschiamento del canale).	46,50
98	91.44.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina	14,10
98	91.44.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)	14,10
98	91.45.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)	14,10

Allegato 4)

B R A N C A	CODICE D.M. 22/7/96	N O T A	DESCRIZIONE	TARIFFA EURO
98	91.45.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)	46,50
98	91.45.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene	14,10
98	91.45.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare	14,10
98	91.45.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale	14,10
98	91.46.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)	14,10
98	91.46.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)	46,50
98	91.46.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	46,50
98	91.46.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale	14,10
98	91.46.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica	46,50
98	91.47.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia	27,20
98	91.47.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	46,50
98	91.47.3		ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)	79,65
98	91.47.4		ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale	79,65
98	91.47.5		ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMPOIETICO: Biopsia osteo midollare	79,65
98	91.47.6	R I	PANNELLO DI FATTORI PROGNOSTICI E PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA PER PATOLOGIA TUMORALE MALIGNA DELLA MAMMELLA	188,70
98	91.47.7	R I	PANNELLO DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE E TIPIZZAZIONE IN CASO DI SOSPETTA PATOLOGIA TUMORALE EMOLINFOPROLIFERATIVA	340,00
98	91.47.8	R I	REAZIONE DI IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PER DIAGNOSI DIFFERENZIALE IN PATOLOGIA TUMORALE (per ciascuna reazione sino a 5 vetrini)	25,50
98	91.47.9	R I	INTEGRAZIONE DIAGNOSTICA ANATOMO-PATOLOGICA PER APPROFONDIMENTO CASI COMPLESSI	136,00
98	91.48.1		ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea	46,50
98	91.48.2		ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico	27,20
98	91.48.3	R	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	85,10
98	91.48.4		PRELIEVO CITOLOGICO	2,60
98	91.48.5		PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	5,20
98	91.49.1		PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	2,60
98	91.49.2		PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	2,60
98	91.49.3		PRELIEVO MICROBIOLOGICO	2,60
98	91.49.4	I	PRELIEVO IN NON COLLABORANTE	5,20
98	99.06.1		INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE -	11,65
98	99.07.1	H *	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI -	25,85
98	99.71	H	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	439,00
98	99.71.1	I H	SUPPLEMENTO PER PLASMAFERESI CON IMMUNOASSORBIMENTO	516,50
98	99.72	H	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	402,85
98	99.72.1	I H	STAMINOAFERESI	439,00
98	99.73	H	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	373,40
98	99.73.1	H	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	43,90
98	99.73.2	I H	SALASSO TERAPEUTICO	25,85
98	99.74	H	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00
99		0	ALTRE PRESTAZIONI	
99	89.01.1	I *	Valutazione e certificazione periodica in età pediatrica (Bilancio di salute)	20,00
99	89.07	*	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO - Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe	46,50
99	93.56.1		FASCIATURA SEMPLICE -	3,90
99	93.82.1		TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO - Per seduta individuale	4,40
99	93.82.2	*	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	1,10
99	96.59		ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA - Pulizia di ferita NAS - Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)	3,90
99	99.13		IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE -	11,65
99	99.14.1		INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA -	11,65
99	99.25.1	I H	TERAPIA INFUSIONALE ENDOVENOSA	9,75