



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 0 ALTRE PRESTAZIONI			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI. Storia e valutazione abbreviata, Visita successiva alla prima Consulenza ginecologica: preconcezionale, oncologica, per climaterio, post chirurgica, prenatale, NAS Consulenza ostetrica per controllo gravidanza a rischio, per fisiopatologia riproduttiva ed endocrinologia Consulenza genetica Essame neuropsicologico clinico neurocomportamentale: per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo, esame di Neglect; esame psicodiagnostico Visita di sorveglianza terapia anticoagulante	13,15	14,25
	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE. Stesura del piano di emodialisi o di dialisi peritoneale Visita medico nucleare pretrattamento Visita radioterapica pretrattamento Stesura del piano di trattamento di chemioterapia oncologica	18,95	20,50
	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO. Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe	47,45	51,30
	89.7	VISITA GENERALE. Visita specialistica, Prima visita Escluso: Visita neurologica (89.13), Visita ginecologica (89.26), Visita oculistica (95.02)	18,95	20,50
	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE.	3,95	4,25
	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	4,50	4,90
	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	1,10	1,20
	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA. Pulizia di ferita NAS Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27-86.28)	3,95	4,25
	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA. Desensibilizzazione	11,85	12,80
	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE.	11,85	12,80
	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA.	11,85	12,80
I	99.29	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE O PROFILATTICHE. Escluso codici: 99.31, 99.59, 42.33, 49.42 e 39.92	2,95	3,15
AR	99.98.1	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI DI CUI ALLA TABELLA A DEL D.M. 18.2.82. Comprensivi di: visita medica, esame completo urine, elettrocardiogramma	26,30	28,45
AR	99.98.2	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI DI CUI ALLA TABELLA B DEL D.M. 18.2.82 CON TEST DI MASTERS. Comprensivi di: visita medica, esame completo urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test da sforzo dei due gradini di Masters	42,15	45,60
AR	99.98.3	CERTIFICATI PER GLI SPORT AGONISTICI DI CUI ALLA TABELLA B DEL D.M. 18.2.82 CON TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Comprensivi di: visita medica, esame completo urine, spirometria semplice, elettrocardiogramma con test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro	57,95	62,65
HIA	99.99.4	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA (OBI).		200,00

Conteggio prest.: 16



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
E	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	44,25	47,85
E	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	42,70	46,20
E	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13).	14,25	15,40
E	85.11	BIOPSIA [PERCTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA.	25,30	27,35
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA. Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	13,95	15,10
	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO.	18,95	20,50
	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO.	16,70	18,05
	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P).	10,85	11,75
	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU].	10,90	11,80
	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU].	11,60	12,55
	90.01.5	ACIDI BILIARI.	9,35	10,10
	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU].	16,25	17,60
R	90.02.2	ACIDO CITRICO.	4,25	4,60
	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA).	9,80	10,60
	90.02.4	ACIDO IPPURICO.	5,95	6,45
	90.02.5	ACIDO LATTICO.	5,40	5,80
	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI).	7,95	8,60
	90.03.2	ACIDO PIRUVICO.	4,10	4,40
R	90.03.3	ACIDO SIALICO.	14,25	15,40
	90.03.4	ACIDO VALPROICO.	9,50	10,30
	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU].	21,00	22,70
R	90.04.1	ADIURETINA (ADH).	9,35	10,10
	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P].	23,35	25,25
	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U].	23,35	25,25
	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA.	5,30	5,70
	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U].	2,65	2,85
	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU].	2,65	2,85
	90.05.2	ALDOLASI [S].	2,85	3,05
	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U].	14,90	16,10
	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S].	6,45	6,95
	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb].	12,65	13,70
	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S].	7,75	8,35
	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U].	11,05	11,95
	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA.	4,30	4,65
	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U].	2,65	2,85
	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica).	5,30	5,70
R	90.07.1	ALLUMINIO [S/U].	9,30	10,05
R	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P].	3,50	3,80



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
R	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P].	13,10	14,15
	90.07.4	AMITRIPTILINA.	7,50	8,10
	90.07.5	AMMONIO [P].	9,30	10,05
	90.08.1	ANDROSTENEDILOLO GLUCURONIDE [S].	12,75	13,80
	90.08.2	ANGIOTENSINA II.	14,25	15,40
	90.08.3	ANTIBIOTICI. Aminoglicosidi, Vancomicina	7,50	8,10
	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA.	6,20	6,70
	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B.	6,05	6,55
	90.09.1	APTOGLOBINA.	4,75	5,15
	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S].	2,65	2,85
	90.09.3	BARBITURICI.	8,15	8,85
	90.09.4	BENZODIAZEPINE.	9,05	9,80
	90.09.5	BENZOLO.	9,40	10,20
	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U].	11,00	11,90
	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato).	0,70	0,80
	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico).	0,90	1,00
	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE.	2,65	2,85
	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA.	4,25	4,60
	90.11.1	C PEPTIDE.	11,80	12,75
	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo ( 5 ).	49,20	53,20
R	90.11.3	CADMIO.	9,30	10,05
	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU].	1,30	1,40
	90.11.5	CALCITONINA.	14,85	16,05
	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa).	10,25	11,10
	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa).	5,40	5,80
	90.12.3	CARBAMAZEPINA.	13,65	14,75
	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE.	12,85	13,90
	90.12.5	CERULOPLASMINA.	5,80	6,30
	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci].	5,50	5,95
	90.13.2	CICLOSPORINA.	16,60	17,95
	90.13.3	CLORURO [S/U/dU].	1,30	1,40
	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina).	8,55	9,25
	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S].	9,30	10,05
	90.14.1	COLESTEROLO HDL.	3,15	3,45
	90.14.2	COLESTEROLO LDL.	0,65	0,75
	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE.	1,40	1,50
	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE).	2,65	2,85
	90.14.5	COPROPORFIRINE.	6,55	7,05
	90.15.1	CORPI CHETONICI.	0,75	0,85
	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P].	20,95	22,65



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.15.3	CORTISOLO [S/U].	13,25	14,35
	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK).	2,65	2,85
	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB).	3,75	4,05
	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI.	2,85	3,05
	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME.	12,80	13,85
	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La].	1,60	1,70
	90.16.4	CREATININA CLEARANCE.	1,80	1,90
R	90.16.5	CROMO.	9,30	10,05
	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA).	10,90	11,80
	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S).	15,70	17,00
	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE.	9,80	10,60
	90.17.4	DESIPRAMINA.	7,50	8,10
	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT).	23,35	25,25
	90.18.1	DOPAMINA [S/U].	13,55	14,65
	90.18.2	DOXEPINA.	7,50	8,10
	90.18.3	DROGHE D'ABUSO. Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina	6,10	6,60
	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE).	18,80	20,35
R	90.18.5	ERITROPOIETINA.	18,00	19,45
	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI.	5,50	5,95
	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U].	13,25	14,35
	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U].	13,25	14,35
	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO.	9,40	10,20
	90.19.5	ESTRONE (E1).	15,45	16,70
	90.20.1	ETANOLO.	5,90	6,40
	90.20.2	ETOSUCCIMIDE.	9,30	10,05
	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI. Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide	9,30	10,05
	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI. Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati	7,40	8,00
	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI. Ciclofosfamide, Metotressato	9,55	10,35
IR	90.20.7	FARMACI DROGHE E TOSSICI DIVERSI (DOSAGGIO MEDIANTE HPLC). Esclusi 90.18.3, 90.20.3, 90.20.4, 90.20.5, 90.21.1, 90.08.3)	22,80	24,65
	90.21.1	FARMACI DIGITALICI.	11,30	12,20
R	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE.	9,35	10,10
	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti).	5,00	5,40
	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO.	3,95	4,25
R	90.21.5	FENILALANINA.	3,50	3,80
	90.22.1	FENITOINA.	11,05	11,95
	90.22.2	FENOLO [U].	3,60	3,90
	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er].	13,25	14,35
	90.22.4	FERRO [dU].	5,40	5,80



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.22.5	FERRO [S].	2,65	2,85
R	90.23.1	FLUORO.	6,40	6,90
	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er].	9,30	10,05
	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U].	13,25	14,35
	90.23.4	FOSFATASI ACIDA.	1,80	1,90
	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA.	2,65	2,85
	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO.	10,75	11,65
	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP).	11,55	12,50
	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU].	1,65	1,75
R	90.24.4	FOSFOESOSISOMERASI (PHI).	1,10	1,20
	90.24.5	FOSFORO.	1,30	1,40
R	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S].	3,20	3,50
R	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls].	4,25	4,60
	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico).	7,05	7,65
	90.25.4	GALATTOSIO [S/U].	2,15	2,35
	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U].	2,65	2,85
	90.26.1	GASTRINA [S].	11,85	12,80
	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG).	7,60	8,20
	90.26.3	GLUCAGONE [S].	8,45	9,15
	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni).	2,50	2,70
	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni).	4,85	5,25
	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La].	1,60	1,70
	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er].	9,50	10,30
	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U].	13,25	14,35
	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U].	12,85	13,90
	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera).	14,55	15,75
	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA.	10,80	11,70
	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U].	18,15	19,65
	90.28.3	IMIPRAMINA.	14,55	15,75
	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U].	9,50	10,30
	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5).	31,15	33,70
	90.29.1	INSULINA [S].	9,80	10,60
	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F].	2,65	2,85
	90.29.3	LATTE MULIEBRE.	4,10	4,40
	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls].	2,60	2,80
	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S].	2,85	3,05
	90.30.1	LEVODOPA.	7,50	8,10
	90.30.2	LIPASI [S].	3,25	3,55
	90.30.3	LIPOPROTEINA (a).	13,90	15,05



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	4,10	4,40
	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI.	1,05	1,15
	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia).	11,60	12,55
	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA.	18,00	19,45
	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS.	1,05	1,15
	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'.	4,30	4,65
	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'.	7,75	8,35
	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	2,65	2,85
	90.32.2	LITIO [P].	4,25	4,60
	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U].	13,25	14,35
	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriatì dopo GNRH o altro stimolo ( 5 ).	57,00	61,65
	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er].	1,75	1,85
R	90.33.1	MANGANESE [S].	6,40	6,90
	90.33.2	MEPROBAMATO.	7,50	8,10
R	90.33.3	MERCURIO.	9,30	10,05
	90.33.4	MICROALBUMINURIA.	4,75	5,15
	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U].	7,75	8,35
I	90.33.7	MURAMIDASI (LISOZIMA9.	2,35	2,55
I	90.33.8	METANEFRINE URINARIE.	8,45	9,15
	90.34.1	NEOPTERINA.	11,10	12,00
R	90.34.2	NICHEL.	10,30	11,15
	90.34.3	NORTRIPTILINA.	5,50	5,95
R	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO.	7,05	7,65
	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S].	13,25	14,35
I	90.34.6	OMOCISTEINA PLASMATICA.	11,60	12,55
	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U].	10,80	11,70
	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriatì dopo stimolo ( 5 ). (17 OH-P, FSH, LH, T SH, ACTH, CORTISOLO, GH)	33,70	36,45
	90.35.3	OSSALATI [U].	9,15	9,90
	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP).	25,90	28,05
	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S].	21,40	23,15
I	90.35.7	OSMOLALITA' URINARIA.	3,35	3,65
I	90.35.8	OSMOLALITA' PLASMATICA.	3,50	3,80
	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S].	6,40	6,90
	90.36.2	pH EMATICO.	7,60	8,20
	90.36.3	PIOMBO [S/U].	20,65	22,35
	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er].	8,00	8,65
	90.36.5	POLYPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP).	6,40	6,90



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa).	13,55	14,65
	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U].	6,05	6,55
	90.37.3	POST COITAL TEST.	2,85	3,05
	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er].	1,30	1,40
	90.37.5	PRIMIDONE.	9,30	10,05
I	90.37.7	PEPSINOGENO.	2,35	2,55
	90.38.1	PROGESTERONE [S].	13,25	14,35
	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S].	13,25	14,35
	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 ).	28,70	31,05
	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]. Incluso: Dosaggio Proteine totali	7,90	8,55
	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La].	1,30	1,40
I	90.38.7	PROTEINA LEGANTE RETINOLO.	3,00	3,20
	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE).	4,75	5,15
	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA.	7,85	8,50
R	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI.	10,75	11,65
R	90.39.4	RAME [S/U].	5,05	5,45
	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI.	21,55	23,30
	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE.	17,90	19,35
	90.40.2	RENINA [P].	26,30	28,45
R	90.40.3	SELENIO.	7,05	7,65
	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er].	1,30	1,40
	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO.	4,75	5,15
I	90.40.7	SOMATOMEDINA C - DOSAGGIO.	19,50	21,10
I	90.40.8	SOMATOSTATINA DOSAGGIO.	19,50	21,10
	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+).	0,90	1,00
	90.41.2	TEOFILLINA.	11,20	12,10
	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U].	13,25	14,35
	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO.	16,10	17,40
	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg).	15,95	17,25
	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH).	13,25	14,35
	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 ).	23,70	25,65
	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4).	13,25	14,35
	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante).	4,10	4,40
	90.42.5	TRANSFERRINA [S].	5,25	5,65
	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO. (Per screening S. Down e altre anomalie)	20,35	22,00
	90.43.2	TRIGLICERIDI.	3,15	3,45
	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3).	13,25	14,35
	90.43.4	TRIPSINA [S/U].	10,70	11,60
	90.43.5	URATO [S/U/dU].	1,30	1,40



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.44.1	UREA [S/P/U/dU].	1,60	1,70
	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS.	3,95	4,25
	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO.	2,35	2,55
	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo).	0,70	0,80
	90.44.5	VITAMINA D.	16,60	17,95
R	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO.	10,65	11,55
R	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO.	10,65	11,55
	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento).	6,05	6,55
	90.45.4	ZINCO [S/U].	6,40	6,90
	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er].	8,65	9,35
	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO.	7,60	8,20
*	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA.	9,00	9,70
	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC).	4,75	5,15
	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA.	4,75	5,15
	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B.	4,30	4,65
	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA).	13,55	14,65
R	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO.	11,65	12,60
	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM).	12,80	13,85
	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA).	8,50	9,20
	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA).	11,65	12,60
	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO.	12,15	13,15
	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico).	1,80	1,90
	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante).	8,50	9,20
	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione).	19,30	20,85
	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE.	24,75	26,80
	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto].	9,50	10,30
	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII.	11,65	12,60
	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA).	11,65	12,60
I	90.49.7	ANTICORPI ANTI FOSFOLIPIDI. Dosaggio (IgG - IgM) Cadauno	9,50	10,30
R	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente).	36,55	39,50
R	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità).	36,55	39,50
R	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente).	21,35	23,10
R	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti).	19,20	20,75
	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA).	8,75	9,45
	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA).	12,45	13,45
	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI.	42,75	46,25
R	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG.	11,65	12,60
	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO).	11,65	12,60



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA).	8,40	9,10
	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA).	9,65	10,45
	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA).	7,60	8,20
	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore).	7,60	8,20
	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA).	9,85	10,65
	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO.	14,80	16,00
	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO.	7,60	8,20
	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE.	43,65	47,20
	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE.	89,95	97,30
	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE.	25,80	27,90
	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH.	25,80	27,90
	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA).	8,75	9,45
	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA).	8,75	9,45
	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE.	7,60	8,20
	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg).	12,95	14,00
	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI.	7,10	7,70
	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125).	18,90	20,45
	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3).	18,45	19,95
	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9).	16,75	18,10
	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195).	15,80	17,10
	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50).	15,80	17,10
	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4).	18,80	20,35
	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA).	12,35	13,35
	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA).	12,65	13,70
	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA).	18,80	20,35
I	90.56.6	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA) [Totale/Libera] - (Ciascuno) SOSTITUISCE PREST. 90.56.5.	12,65	13,70
	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC).	22,50	24,35
R	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59.	17,45	18,90
	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno).	17,75	19,20
	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI.	43,00	46,50
	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE.	2,85	3,05
	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA).	18,80	20,35
	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto].	7,00	7,60
*	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA.	9,35	10,10
	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er].	4,15	4,45
	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI.	24,95	27,00
	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL.	22,80	24,65
	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK.	22,80	24,65
	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK.	19,80	21,40



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE. (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	95,80	103,65
	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore).	6,30	6,80
	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno).	6,75	7,30
R	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO.	368,75	398,85
R	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO.	2,50	2,70
R	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE.	33,55	36,30
	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA.	1,80	1,90
	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE.	11,90	12,90
	90.61.3	CYFRA 21-1.	21,55	23,30
	90.61.4	D-DIMERO (EIA).	8,65	9,35
	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice).	7,30	7,90
	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA.	1,00	1,10
	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L..	4,75	5,15
	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA.	12,35	13,35
	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI.	15,80	17,10
	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb].	2,55	2,75
	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato).	11,25	12,15
	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene).	6,85	7,40
	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO. Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	21,25	23,00
	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO. Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	3,75	4,05
	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE.	19,20	20,75
	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA.	24,45	26,45
	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE.	4,85	5,25
	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno).	14,60	15,80
	90.64.4	FENOTIPO Rh.	10,80	11,70
	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U].	13,80	14,90
	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE.	2,70	2,90
*	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA.	9,35	10,10
H	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D).	7,90	8,55
H	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo.	5,25	5,65
R	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO.	110,60	119,60
	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La].	1,80	1,90
	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2.	9,80	10,60
	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio).	4,10	4,40
	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.).	14,65	15,85
R	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE.	14,20	15,35



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
R	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia).	13,10	14,15
	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er].	1,80	1,90
R	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO. (1 siero/30 soggetti)	88,65	95,90
	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb].	7,50	8,10
	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO. (Per pannello, fino a 12 allergeni)	103,75	112,20
	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO.	12,65	13,70
	90.68.3	IgE TOTALI.	12,65	13,70
	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna).	15,80	17,10
	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE.	16,70	18,05
R	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI.	8,00	8,65
	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE.	30,30	32,75
	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE.	16,70	18,05
	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna).	5,95	6,45
*	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I).	9,80	10,60
R	90.70.1	INTERFERONE.	23,35	25,25
R	90.70.2	INTERLEUCHINA 2.	20,05	21,70
	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test).	5,65	6,15
	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)].	4,45	4,85
	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)].	1,00	1,10
	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er].	2,85	3,05
R	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test).	7,25	7,85
	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)].	1,30	1,40
	90.71.4	PINK TEST.	2,85	3,05
R	90.71.5	PLASMINOGENO.	11,90	12,90
	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P].	9,30	10,05
	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P].	9,30	10,05
	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa).	4,85	5,25
	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P].	10,00	10,80
	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P].	10,00	10,80
R	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2.	4,75	5,15
H	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE.	8,60	9,30
R	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA.	6,15	6,65
R	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena- Fingerprint).	120,25	130,05
R	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA.	54,65	59,10
R	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente).	52,20	56,45



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE.	3,10	3,35
	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel).	4,30	4,65
	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva).	8,65	9,35
	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)].	5,55	6,00
R	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA.	3,45	3,75
	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE.	1,65	1,75
	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA.	1,80	1,90
	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT).	2,65	2,85
	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT).	2,85	3,05
	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT).	2,60	2,80
*	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born.	4,10	4,40
	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO.	2,85	3,05
	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE.	2,85	3,05
	90.76.5	TEST DI HAM.	4,90	5,30
	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali).	2,75	2,95
*	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA.	9,25	10,00
	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno).	37,15	40,20
	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI.	37,15	40,20
	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp).	486,75	526,45
	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina).	3,50	3,80
R	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A.	103,55	112,00
R	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	55,20	59,70
R	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B.	103,55	112,00
R	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	55,20	59,70
R	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C.	103,55	112,00
R	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	55,20	59,70
R	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	55,20	59,70
R	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	158,40	171,35
R	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	192,45	208,15
R	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	55,20	59,70
R	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE.	181,95	196,80
R	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE.	111,35	120,45
R	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE.	181,95	196,80
R	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO.	55,20	59,70
R	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE.	217,60	235,35



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
R	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE.	317,85	343,75
R	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B).	152,25	164,70
R	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP).	161,80	175,00
IR	90.81.6	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE - SOSTITUISCE PREST. 90.81.5 (Per ciascun anticorpo).	17,45	18,90
R	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT).	2,85	3,05
*	90.82.2	TROMBOSSANO B2.	5,75	6,25
	90.82.3	TROPONINA I.	16,70	18,05
	90.82.4	VALORE EMATOCRITO.	0,75	0,85
	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES).	1,85	2,00
*	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA.	26,90	29,10
	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA.	6,30	6,80
	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	8,70	9,40
R	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS. (Previa reazione polimerasica a catena)	61,10	66,10
	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	34,80	37,65
IR	90.83.7	AUTOVACCINO - Preparazione.	25,95	28,10
I	90.83.8	AVIDITA' DELLE IgG (TOXO O ROSSO O CITO) E.I.A.	50,05	54,15
	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici).	12,45	13,45
	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	8,30	9,00
	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	11,65	12,60
	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche).	6,50	7,00
	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.).	6,50	7,00
I	90.84.6	BATTERI ANTICORPI. Titolazione mediante E.I.A..	11,40	12,30
I	90.84.7	BATTERI ANTICORPI. Titolazione mediante I.F..	11,40	12,30
	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici).	6,50	7,00
	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici).	12,45	13,45
	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (E.I.A.)	5,95	6,45
	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Agglutinazione)	1,35	1,45
	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA. In materiali biologici (Elettrosineresi)	2,30	2,50
	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas.	12,45	13,45
	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas.	6,95	7,55
	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI. Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti. Escluso: Conta batterica urinaria	3,90	4,20



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)	1,90	2,10
	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA. Colorazioni speciali	2,50	2,70
	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI. Saggio di inibizione della crescita	4,75	5,15
	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO. Saggio di inibizione della crescita	6,50	7,00
	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE. Mediante gas-cromatografia (ricerca diretta)	2,30	2,50
	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.).	9,30	10,05
	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.).	7,65	8,25
	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.).	12,85	13,90
	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione [WRIGHT]).	3,35	3,65
	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA.	7,80	8,40
	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	6,30	6,80
	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE.	4,95	5,35
	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.).	11,80	12,75
	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	5,30	5,70
	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa).	3,45	3,75
	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.).	3,65	3,95
	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE.	25,70	27,80
	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	7,90	8,55
	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.).	14,30	15,45
	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione).	27,25	29,50
	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	11,60	12,55
	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE.	11,65	12,60
	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	5,95	6,45
	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.).	3,45	3,75
	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.).	5,25	5,65
	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE.	2,10	2,30
	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	8,30	9,00
	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	6,30	6,80
	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.).	7,90	8,55
	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	8,20	8,90
	90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.).	16,25	17,60
	90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva).	6,30	6,80
IR	90.92.6	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	41,55	44,95



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
IR	90.92.7	ENTAMOEBA HISTOLYTICA RICERCA ANTICORPI TITOLAZIONE (I.F.).	26,45	28,60
	90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica).	7,80	8,40
	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIURI] RICERCA MICROSCOPICA. Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)	3,10	3,35
	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	6,80	7,35
	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria gonorrhoeae	6,30	6,80
	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria meningitidis	6,30	6,80
I	90.93.6	ESAME COLTURALE DELL'URINA [URINOCOLTURA] RICERCA COMPLETA MICROORGANISMI E RICERCA COMPLETA MICROORGANISMI E LIEVITI PATOGENI - SOSTITUISCE PREST. 90.94.2. Incluso: conta batterica e saggio di inibizione della crescita	11,60	12,55
	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]. Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	27,00	29,20
	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]. Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	9,60	10,40
	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.).	11,20	12,10
	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	4,55	4,95
IR	90.94.6	GIARDIA LAMBLIA RICERCA ANTIGENE SU FECI (E.I.A.).	36,35	39,30
I	90.94.7	AG. DI HELICOBACTER PYLORI NELLE FECI (HPSA).	22,85	24,70
	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica).	6,30	6,80
	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	6,65	7,20
	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	18,80	20,35
	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE.	7,80	8,40
	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.).	14,25	15,40
	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	10,80	11,70
	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa).	4,10	4,40
	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.).	14,25	15,40
	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	8,00	8,65
	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi).	9,75	10,55
	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	3,75	4,05
*	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.).	11,55	12,50
*	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici).	10,75	11,65
	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	11,60	12,55
	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione).	6,05	6,55
IR	90.97.6	MALARIA. RICERCA DIRETTA IN IMMUNOFLUORESCENZA (Q.B.C.).	25,95	28,10



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	5,40	5,80
	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica).	2,80	3,00
	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	6,30	6,80
	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE.	3,35	3,65
	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA.	2,80	3,00
	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici).	11,00	11,90
	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.).	11,00	11,90
	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico ).	15,80	17,10
	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	8,30	9,00
I	91.01.6	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA IN TERRENO LIQUIDO - SOSTITUISCE PREST. 91.01.1. (Metodo radiometrico e non radiometrico, almeno 3 antibiotici)	57,95	62,65
R	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	38,25	41,40
	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale).	8,75	9,45
	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun).	3,60	3,90
	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.).	11,40	12,30
I	91.02.6	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE - SOSTITUISCE PREST. 91.02.2. (Metodo radiometrico e non radiometrico)	16,30	17,65
	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	7,25	7,85
	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	8,30	9,00
	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	6,30	6,80
	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE.	7,90	8,55
	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE.	3,20	3,50
I	91.03.6	MICOPLASMI/UREAPLASMA RICERCA E IDENTIFICAZIONE.	19,50	21,10
	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE.	3,20	3,50
	91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	11,60	12,55
	91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	6,30	6,80
	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa).	3,60	3,90
	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA.	3,60	3,90
	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA.	2,80	3,00
	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica).	4,80	5,20
	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica).	7,80	8,40



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.).	4,80	5,20
	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa). Striscio sottile e goccia spessa	3,60	3,90
	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	8,00	8,65
	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO.	4,10	4,40
	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.).	7,40	8,00
	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE.	7,80	8,40
	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	5,05	5,45
	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX].	8,35	9,05
	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.).	6,75	7,30
	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL].	3,35	3,65
	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO.	7,50	8,10
	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA.	9,30	10,05
I	91.07.6	SALMONELLA NELLE FECI RICERCA.	4,25	4,60
	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT].	6,75	7,30
	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva).	6,30	6,80
	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	8,30	9,00
	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE.	3,75	4,05
	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.].	4,95	5,35
IR	91.08.6	SCHISTOSOMA MANSONI, ANTICORPI, TITOLAZIONE (I.F.).	102,15	110,50
	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B.	6,00	6,50
	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE.	5,90	6,40
	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.).	16,25	17,60
	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.).	11,20	12,10
	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON].	3,40	3,70
I	91.09.6	TOXOPLASMA ANTICORPI IgM (E.I.A.).	11,20	12,10
IR	91.09.7	STRONGYLOIDES ANTICORPI (I.F.).	32,45	35,10
	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	12,05	13,05
	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.).	6,75	7,30
	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS].	8,30	9,00
	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	3,50	3,80
	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA].	5,90	6,40
IR	91.10.6	TREPONEMA PALLIDUM - TEST DI NELSON-MEYER.	10,80	11,70



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR].	3,40	3,70
	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE.	4,25	4,60
	91.11.3	VIBRIO CHOLERAEE NELLE FECI ESAME COLTURALE.	2,10	2,30
	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA.	8,30	9,00
R	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena).	64,75	70,05
I	91.11.7	URINOCOLTURA SU TRE CAMPIONI - TEST DI STAMEY. Comprensiva di: ricerca Trichomonas. Clamidia, Micoplasma Escluso: massaggio prostatico	56,45	61,05
R	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena).	71,30	77,10
R	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS.	34,80	37,65
	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.).	12,90	13,95
	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	6,65	7,20
	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	28,55	30,90
	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva). Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	6,45	6,95
	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.). Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	6,45	6,95
	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell' apparato respiratorio	10,20	11,00
I	91.13.6	VIRUS ANTICORPI PER ANTIGENI VIRALI E NON VIRALI. TITOLAZIONE MEDIANTE F.C. - SOSTITUISCE PREST. 91.13.1.	5,30	5,70
I	91.13.7	VIRUS O BATTERI ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (SAGGIO DI CONFERMA) - SOSTITUISCE PREST. 91.13.2.	36,90	39,95
	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.).	11,20	12,10
	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	5,40	5,80
	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.).	11,20	12,10
	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	36,85	39,85
R	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	28,55	30,90
	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	51,40	55,60
R	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	36,85	39,85
	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	51,40	55,60
	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale).	51,40	55,60
R	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE.	36,85	39,85
	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	6,65	7,20



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.).	12,65	13,70
	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.). Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio	5,25	5,65
R	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.). Virus dell'apparato gastroenterico	28,55	30,90
	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione). Virus dell'apparato gastroenterico	7,75	8,35
	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI.	11,20	12,10
	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM.	11,20	12,10
R	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena).	64,65	69,95
R	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA.	36,85	39,85
	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg.	11,20	12,10
	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM.	11,20	12,10
	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg.	11,20	12,10
	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg.	11,20	12,10
	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg.	11,20	12,10
	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg.	11,20	12,10
	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma).	14,15	15,30
R	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI.	23,80	25,75
	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA.	64,25	69,45
R	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA.	79,00	85,45
	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI.	11,20	12,10
	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	71,15	76,95
R	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA.	79,00	85,45
	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI.	12,30	13,30
	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM.	22,20	24,00
	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg.	18,30	19,80
	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.).	13,75	14,85
	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.).	12,70	13,75
	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido).	7,80	8,40
	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN].	8,85	9,55
	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	6,65	7,20
	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI.	11,20	12,10
R	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	64,25	69,45
R	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena).	79,00	85,45
	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI.	11,20	12,10
	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	71,15	76,95



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	87,35	94,50
	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.).	22,20	24,00
	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.).	26,20	28,35
	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.).	71,40	77,20
	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma).	64,65	69,95
	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido).	28,55	30,90
	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale). Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app. gastroenterico, dell'app. respiratorio	51,40	55,60
	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.).	7,90	8,55
	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.).	7,90	8,55
	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	6,65	7,20
	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.).	9,35	10,10
	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.).	6,00	6,50
	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	7,65	8,25
	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.).	7,90	8,55
	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.).	9,35	10,10
	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.).	7,40	8,00
	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	4,85	5,25
R	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2.	64,25	69,45
	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI.	11,20	12,10
	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.).	4,10	4,40
I	91.26.6	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgM (E.I.A.).	11,20	12,10
	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.).	7,90	8,55
	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.).	7,40	8,00
	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.).	7,40	8,00
	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA.	6,65	7,20
	91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE.	2,10	2,30
R	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA. Con agente clastogenico "in vitro"	132,70	143,50
R	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI.	126,45	136,75
R	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI.	122,75	132,75
R	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO.	114,85	124,25
R	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI.	126,45	136,75
R	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot).	129,10	139,60
R	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO. Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	65,85	71,25



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
R	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	57,95	62,65
R	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	122,50	132,50
R	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA. Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde radiomarcate	122,50	132,50
R	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA. Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	161,70	174,90
R	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR). Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	130,10	140,70
R	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO. (Blocchi di circa 400 bp)	159,05	172,00
R	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	117,45	127,05
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)	94,80	102,55
R	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	114,30	123,60
R	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	94,80	102,55
R	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	112,70	121,90
R	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI. 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	114,30	123,60
R	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D.	28,95	31,30
R	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C.	28,95	31,30
R	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G.	25,30	27,35
R	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione.	28,45	30,80
R	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR.	28,95	31,30
R	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q.	26,60	28,75
R	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R.	25,30	27,35
R	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T.	26,05	28,20
R	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A.	28,95	31,30
R	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI.	90,90	98,35
R	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI.	89,55	96,90
R	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI.	121,20	131,10
R	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS.	146,45	158,40
R	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA.	125,35	135,55
R	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA.	97,45	105,40
R	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI.	81,65	88,30
R	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO.	121,20	131,10
R	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE. BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	94,80	102,55
R	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine).	84,30	91,15



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
R	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI.	122,20	132,20
R	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA. Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	59,75	64,65
R	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA.	41,35	44,70
R	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI.	33,55	36,30
R	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI.	33,55	36,30
R	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE.	43,20	46,75
R	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale). Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali	46,35	50,15
R	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE.	83,25	90,05
R	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sequenze genomiche in YAC	288,15	311,70
R	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	190,20	205,70
R	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	153,30	165,85
R	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI. mediante sonde molecolari painting	190,20	205,70
R	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE). Ricerca heteroduplex (HA)	123,00	133,00
R	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP).	123,00	133,00
R	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno).	123,00	133,00
R	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA.	47,95	51,85
	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test].	11,35	12,25
	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas.	34,50	37,35
	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	27,70	29,95
	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni).	27,70	29,95
	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE. (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	14,40	15,60
	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo. In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	27,70	29,95
I	91.39.7	ESAME CITOLOGICO DI SEDE NAS (Fino a 5 vetrini e/colorazioni).	14,40	15,60
I	91.39.8	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO DI ORGANO NAS. Biopsia semplice	14,40	15,60
I	91.39.9	ESAME ISTOCITOPATOLOGICO DI ORGANO NAS. Sedi multiple	47,45	51,30
	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea.	27,70	29,95
	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice.	14,40	15,60
	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice.	14,40	15,60
	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch).	14,40	15,60
	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale.	27,70	29,95
	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale.	14,40	15,60
	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica.	40,20	43,45



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica).	14,40	15,60
	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare.	14,40	15,60
	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola).	14,40	15,60
	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch.	44,50	48,15
	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica.	44,50	48,15
	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali.	14,40	15,60
	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica).	14,40	15,60
	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea.	14,40	15,60
	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica.	47,45	51,30
	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica.	47,45	51,30
	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari.	14,40	15,60
	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale. (Con raschiamento del canale)	47,45	51,30
	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina.	14,40	15,60
	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA).	14,40	15,60
	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica).	14,40	15,60
	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene.	14,40	15,60
	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare.	14,40	15,60
	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale.	14,40	15,60
	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica).	14,40	15,60
	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple).	47,45	51,30
	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale.	14,40	15,60
	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica.	47,45	51,30



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 3 LABORATORIO			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulectomia.	27,70	29,95
	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale.	47,45	51,30
	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple).	81,25	87,90
	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale.	81,25	87,90
	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare.	81,25	87,90
	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea.	47,45	51,30
	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico.	27,70	29,95
R	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRASTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.).	86,75	93,80
	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO.	2,65	2,85
	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO.	5,25	5,65
	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE.	2,65	2,85
	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO.	2,65	2,85
	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO.	2,65	2,85
E	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni).	11,85	12,80
E	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. (Fino a 20 allergeni).	33,20	35,95
E	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA. (Fino a 12 allergeni).	23,70	25,65
	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE.	11,85	12,80
H	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI.	26,30	28,45
H	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA.	447,80	484,35
H	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA.	410,90	444,45
H	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA.	380,85	411,95
H	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE.	44,80	48,45
H	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA.	416,15	450,10

Conteggio prest.: 776



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 8 CARDIOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA. Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	60,50	65,40
	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	60,50	65,40
	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	8,95	9,65
	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,85	50,65
	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO.	50,05	54,15
	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA. Ecocardiografia	52,70	57,00
	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	94,80	102,55
	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	105,35	113,95
	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA. Ecocardiografia transesofagea	79,00	85,45
	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE.	42,15	45,60
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	25,30	27,35
	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI.	23,70	25,65
	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	56,90	61,55
	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS.	18,95	20,50
	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO. Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	56,90	61,55
	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO. Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	56,90	61,55
	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER.	23,70	25,65
	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO. Dispositivi analogici (Holter)	63,20	68,40
	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA.	11,85	12,80
	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO. Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia	47,45	51,30
	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	18,95	20,50
	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	28,45	30,80
	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,95	20,50
	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)	18,95	20,50
	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)	28,45	30,80


**Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica**

Branca specialistica: 8 CARDIOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	21,05	22,80
	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,95	20,50
	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO.	18,95	20,50
	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA.	42,15	45,60
	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA.	42,15	45,60
	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE.	47,45	51,30
	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA.	19,50	21,10
	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA.	10,25	11,10

Conteggio prest.: 35



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
HIA	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE.	942,70	1.000,00
	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA. Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	62,70	67,80
	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	44,25	47,85
	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	62,70	67,80
H	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI.	68,50	74,10
IH	34.04.1	POSIZIONAMENTO DI DRENAGGIO PLEURICO.	94,40	102,15
H	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA. Biopsia con ago sottile	131,70	142,45
H	34.91	TORACENTESI.	94,80	102,55
H	34.91.1	TORACENTESI. TC-guidata	168,55	182,30
HIA	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale	1.357,45	1.440,00
HIA	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI. INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI Eseguiti con tecnica laser	801,25	850,00
	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE. Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	42,70	46,20
	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	60,50	65,40
	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA.	106,70	115,40
	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO.	35,55	38,45
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	57,95	62,65
	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	72,40	78,30
	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	37,95	41,05
	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	25,55	27,60
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	35,55	38,45
	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE.	35,55	38,45
	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI. Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)	35,55	38,45
	49.11	FISTULOTOMIA ANALE. Extrasfinterica	35,55	38,45
	49.23	BIOPSIA DELL' ANO.	24,25	26,20
	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO. Escissione di papilla anale ipertrofica	42,70	46,20
	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)	42,70	46,20
	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI.	16,90	18,30
	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI.	42,70	46,20
	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI. Emorroidectomia NAS	42,70	46,20
	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE.	42,70	46,20



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE. Divisione di sfintere NAS (interna)	42,70	46,20
H	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO. Aspirazione diagnostica del fegato	79,00	85,45
H	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO. Aspirazione diagnostica TC-guidata	158,05	170,90
H	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO. Alcolizzazione percutanea Eco-guidata Escluso: Biopsia percutanea (50.11)	158,05	170,90
H	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	89,55	96,90
	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO.	21,30	23,05
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)	63,20	68,40
H	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	89,55	96,90
	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE. Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	35,55	38,45
H	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	131,70	142,45
	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)	34,10	36,85
	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI. Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	34,10	36,85
	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI.	48,35	52,30
	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE. Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	34,10	36,85
	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)	7,10	7,70
	85.0	MASTOTOMIA. Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, rimozione di protesi	30,35	32,80
	85.11	BIOPSIA [PERCTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA.	25,30	27,35
	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	37,95	41,05
	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS. Incisione di ascesso mammario	30,35	32,80
	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA. Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	30,35	32,80
	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Eco-guidata	37,95	41,05
	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO. Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	7,90	8,55
	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE.	15,80	17,10
	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE. Escluso: Marsupializzazione	26,90	29,10
	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)	37,95	41,05



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 9 CHIRURGIA GENERALE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	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)	37,95	41,05
	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	14,25	15,40
	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	17,40	18,80
	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE.	26,05	28,20
	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)	17,40	18,80
	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)	8,55	9,25
	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO.	23,15	25,05
	96.22	DILATAZIONE DEL RETTO.	9,90	10,70
	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE.	9,90	10,70
	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE.	11,85	12,80
	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA.	11,85	12,80
	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE.	10,25	11,10
	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS.	7,90	8,55
	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE. Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione	7,90	8,55
	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55
	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55
	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55
	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55
	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55

Conteggio prest.: 74



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 12 CHIRURGIA PLASTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE.	9,25	10,00
	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	17,40	18,80
	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	7,35	7,95
	86.25	DERMOABRASIONE. Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	17,40	18,80
	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE. Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	28,95	31,30
	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO.	28,95	31,30
	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO. Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	8,55	9,25
	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO.	11,60	12,55
H	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS. Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	210,75	227,95
H	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	263,40	284,90
H	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO. Escluso: Innesto eterologo, innesto omologo	210,75	227,95
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	316,05	341,85
H	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO.	316,05	341,85
H	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO. Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	316,05	341,85
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	421,40	455,80
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)	263,40	284,90
H	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE. Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	263,40	284,90
	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI.	9,90	10,70

Conteggio prest.: 18



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 14 CHIRURGIA VASCOLARE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA. Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	60,50	65,40
	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	60,50	65,40
I	38.50.1	LEGATURA VENA PERFORANTE INCONTINENTE.	26,55	28,70
HIA	38.59	LEGATURA E STRIPPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE. Stripping della femorale poplitea, safena, tibiale	1.357,45	1.440,00
H	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE. Stripping delle collaterali	213,35	230,80
HIA	38.59.2	INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI. INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI Eseguiti con tecnica laser	801,25	850,00
H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	31,60	34,15
	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI. Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	8,95	9,65
	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,85	50,65
	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO.	50,05	54,15
	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI. Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali	32,65	35,30
	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	25,30	27,35
	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI.	23,70	25,65
	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	18,95	20,50
	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	28,45	30,80
	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,95	20,50
	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)	18,95	20,50
	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)	28,45	30,80
	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	21,05	22,80
	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,95	20,50
	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO.	18,95	20,50
	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE.	47,45	51,30
	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA.	10,25	11,10



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 19 ENDOCRINOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	44,25	47,85
	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia ecoguidata di materiale agoaspirato della tiroide	62,70	67,80
	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,95	31,30
I	93.07.1	CALORIMETRIA.	47,45	51,30

Conteggio prest.: 4



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 29 NEFROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE. Singolo o doppio (Ciclo di dieci sedute)	263,40	284,90
H	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO. (Ciclo di dieci sedute)	158,05	170,90
	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA. (Ciclo di dieci sedute)	131,70	142,45
	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE. (Ciclo di dieci sedute)	105,35	113,95
H	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI. (Ciclo di dieci sedute)	168,55	182,30
	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata (Ciclo di dieci sedute)	210,75	227,95
H	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE. Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili (Ciclo di dieci sedute)	263,40	284,90
H	39.95.8	EMOFILTRAZIONE. (Ciclo di dieci sedute)	263,40	284,90
H	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE. Tecnica mista (Ciclo di dieci sedute)	210,75	227,95
	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA.	17,80	19,25
	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE. Inserzione di catetere permanente per dialisi	106,70	115,40
	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD). (Ciclo di dieci sedute)	55,85	60,40
	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD). (Ciclo di dieci sedute)	47,45	51,30
I	54.98.3	PERITONEAL EQUILIBRATION TEST.	59,00	63,80
IH	54.98.4	EMODIAFILTRAZIONE - SOSTITUISCE PREST. 39.95.5. Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata con metodo AFB e PFD	237,05	256,40
	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI.	34,80	37,65
	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	51,10	55,30
	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE. Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	15,80	17,10
	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE. Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	15,80	17,10
	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE.	9,90	10,70

Conteggio prest.: 20



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 30 NEUROCHIRURGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	105,35	113,95
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)	105,35	113,95
	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI.	52,15	56,40
I H	04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	105,35	113,95
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	79,00	85,45
H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	131,70	142,45
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO.	28,45	30,80
	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	10,25	11,10

Conteggio prest.: 8



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 32 NEUROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	31,90	34,55
	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO. Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,85	50,65
	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO.	50,05	54,15
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
	89.13	VISITA NEUROLOGICA.	18,95	20,50
	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA. Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpernea) Escluso: EEG con polisinnogramma (89.17)	23,70	25,65
	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO.	35,55	38,45
	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO.	35,55	38,45
	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore.	47,45	51,30
	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore.	35,55	38,45
	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE. Con mappaggio	35,55	38,45
	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI.	23,70	25,65
	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI. Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	49,80	53,85
	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI. Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	35,55	38,45
	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI. Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	35,55	38,45
	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO. Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	56,90	61,55
	89.15.6	POLIGRAFIA. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	47,45	51,30
	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE. Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	47,45	51,30
	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Per ricerca di soglia	42,70	46,20
	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI. Da stimolo elettrico	94,80	102,55
	89.17	POLISONNOGRAMMA. Diurno o notturno e con metodi speciali	142,25	153,85
	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA.	142,25	153,85
	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA.	142,25	153,85
	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	28,45	30,80
	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE.	52,15	56,40
	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)	7,90	8,55
	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	7,90	8,55
	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)	10,55	11,40
	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA. Densità delle fibre	10,55	11,40



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 32 NEUROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA. Esame ad ago	10,55	11,40
	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	13,70	14,80
	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceffivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,55	11,40
	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA. Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon Incluso: EMG	10,55	11,40
	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE. Incluso: EMG	10,55	11,40
	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA. Incluso: EMG	10,55	11,40
	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo	10,55	11,40
	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo	10,55	11,40
I	93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - SOSTITUISCE PREST. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fono-articolari funzionali e organici periferici (con test somministrati) Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dislessia, dislalia, balbuzie, disartria e funz. corticali sup.	38,20	41,35
	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	8,95	9,65
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,55	9,25
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10	2,30
	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET.	15,80	17,10
	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,95	6,45
	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].	5,95	6,45
	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.	5,95	6,45
	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI.	5,95	6,45
	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA.	9,90	10,70

Conteggio prest.: 47



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 34 OCULISTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE. Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	13,90	15,05
	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA.	13,90	15,05
	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA. Riapertura anchiloblefaron	13,90	15,05
	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA.	13,90	15,05
	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO.	27,80	30,05
	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA. Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma	27,80	30,05
	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	27,80	30,05
	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	46,35	50,15
	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA. Intervento per blefarocalasi	34,80	37,65
	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE.	41,70	45,10
	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA.	41,70	45,10
	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME.	69,50	75,20
H	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA. Riparazione di ectropion con innesto o lembo	158,05	170,90
	08.52	BLEFARORRAFIA. Cantorrafia, Tarsorrafia	41,70	45,10
H	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO. Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)	316,05	341,85
	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA.	34,80	37,65
	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE.	34,80	37,65
	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE.	34,80	37,65
	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE.	69,50	75,20
	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	23,15	25,05
	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA.	23,15	25,05
	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE.	13,90	15,05
	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	34,80	37,65
	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE.	57,95	62,65
	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE.	41,70	45,10
	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE. [Test di Schimer, Break up time (but), esame con coloranti] Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso lacrimale	41,70	45,10
	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE. Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	57,95	62,65
	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	13,90	15,05



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 34 OCULISTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	16,20	17,50
	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE. Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	57,95	62,65
	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	34,80	37,65
	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI.	34,80	37,65
	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE.	34,80	37,65
	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI. Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	34,80	37,65
H	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI. Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	263,40	284,90
	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE.	57,95	62,65
H	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI.	210,75	227,95
	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA.	16,20	17,50
	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA. Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	27,80	30,05
	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA. Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	27,80	30,05
	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA. Rimozione di follicoli di tracoma	27,80	30,05
	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA.	92,70	100,25
	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA.	46,35	50,15
	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE.	11,60	12,55
	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM.	57,95	62,65
	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA.	92,70	100,25
	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM.	57,95	62,65
	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA.	23,15	25,05
	11.43	CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA.	28,95	31,30
	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME.	295,00	319,05
	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA.	34,80	37,65
	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO.	16,20	17,50
*	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE. Con laser a eccimeri (PRK) o con laser ad olmio	81,15	87,80
*	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI. Con laser a eccimeri (PTK)	81,15	87,80
	12.14	IRIDECTOMIA. Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	92,70	100,25
	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS.	115,85	125,30
	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE. Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione crioterapia fotocoagulazione laser	92,70	100,25
	12.72	CICLOCRIOTERAPIA.	92,70	100,25
	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE.	92,70	100,25



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 34 OCULISTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE. Paracentesi della camera anteriore	27,80	30,05
	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA. Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	81,15	87,80
HIA	13.71	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE INTRAOCULARE AL MOMENTO DELL'ESTRAZIONE DI CATARATTA. Eseguita in contemporanea	1.178,35	1.250,00
	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	57,95	62,65
	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA.	57,95	62,65
	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA.	57,95	62,65
I	14.35.1	FOTOCOAGULAZIONE CON LASER PER LACERAZIONE DI RETINA E COROIDE, VASCULOPATIE E MACULOPATIE - SOSTITUISCE PREST. 14.33 E 14.34.	57,95	62,65
	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA.	27,80	30,05
	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA.	46,35	50,15
H	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE. Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare	36,85	39,85
E	89.11	TONOMETRIA.	14,25	15,40
	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA.	7,90	8,55
	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO. Esame dell'occhio con prescrizione di occhiali	13,50	14,60
	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO. Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	18,95	20,50
	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE.	59,25	64,05
	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO. Campimetria, perimetria statica/cinetica	17,15	18,55
	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE. Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	7,90	8,55
	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO.	7,90	8,55
	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO.	7,90	8,55
	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI.	7,90	8,55
	95.09.2	ESOFALMOMETRIA.	7,90	8,55
	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA.	7,90	8,55
	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS. Per occhio	3,95	4,25
	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE.	3,95	4,25
I	95.12.1	ANGIOGRAFIA CON FLUOROSCEINA O INDOCIANINA O ANGIOSCOPIA OCULARE - SOSTITUISCE PREST. 95.12.	47,45	51,30
	95.13	ECOGRAFIA OCULARE. Ecografia Ecobiometria	19,75	21,35
	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE.	39,55	42,80
	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE. Con conta cellule endoteliali	31,60	34,15
	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE.	15,80	17,10
	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO. Test di Hess - Lancaster Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)	7,90	8,55
I	95.21.1	ELETTRORETINOGRAFIA - SOSTITUISCE PREST. 95.21.	34,20	36,95
	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG).	34,20	36,95



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 34 OCULISTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP). Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	23,70	25,65
	95.23.1	INTERFEROMETRIA.	7,90	8,55
	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG).	31,60	34,15
	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA.	7,90	8,55
	95.35	TRAINING ORTOTTICO. Per seduta	5,50	5,95
	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO. Irrigazione corneale Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)	3,95	4,25
	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55

Conteggio prest.: 98



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 35 ODONTOSTOMATOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE. Chiusura di fistola del seno nasale	29,50	31,95
	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO. Incluso: Anestesia	11,85	12,80
	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE. Estrazione di altro dente NAS Incluso: Anestesia	16,60	17,95
	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA. Incluso: Anestesia	16,60	17,95
	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	30,80	33,35
	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE. Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	18,95	20,50
	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	35,55	38,45
I	23.20.3	OTTURAZIONE DENTARIA PROVVISORIA CON CEMENTI TEMPORANEI DI CARIE.	14,75	15,95
	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO. Ricostruzione di dente fratturato	35,55	38,45
	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA. Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	32,05	34,70
	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	32,05	34,70
	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	39,55	42,80
	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	45,05	48,70
	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	45,05	48,70
	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)	71,10	76,90
	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE. Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata)	131,70	142,45
	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	83,00	89,75
	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA. Rimovibile o fissa (Per elemento)	16,60	17,95
I	23.43.6	PLACCA DI SVINCOLO PLACCA DI RIPOSIZIONAMENTO MANDIBOLARE.	29,50	31,95
I	23.43.7	CONFEZIONAMENTO MODELLO ARCADE DENTARIE.	32,25	34,90
	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA. Molaggio selettivo dei denti (Per seduta)	16,60	17,95
	23.5	IMPIANTO DI DENTE. Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi	11,85	12,80
	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA. Impianto dentale endoosseo	83,00	89,75
	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO. Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)	35,55	38,45



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 35 ODONTOSTOMATOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO. Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.2.1, 23.2.2)	54,50	58,95
I	23.71.3	MEDICAZIONI INTERMEDIE NELLE CURE CANALARI.	3,85	4,15
	23.73	APICECTOMIA. Incluso: Otturazione retrograda	45,05	48,70
	24.00.1	GENGIVECTOMIA. (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato	28,45	30,80
	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA.	14,25	15,40
	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO.	14,25	15,40
	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)	59,25	64,05
	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA. Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	28,45	30,80
	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI. Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante)	23,70	25,65
	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO. (Per emiarcata)	21,30	23,05
	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA. Asportazione di lesione odontogena	45,05	48,70
	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI. (Per anno)	163,20	176,55
	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI. (Per anno)	163,20	176,55
	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI. Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno)	163,20	176,55
	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO.	30,60	33,05
I	24.80.2	RIMOZIONE FERULE O APPARECCHI FISSI DI ORTODONZIA.	14,70	15,90
	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA.	19,90	21,55
	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE. Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	14,95	16,15
	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE. Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	14,95	16,15
	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI. Asportazione di calcoli del dotto salivare	19,90	21,55
	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE.	14,95	16,15
	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE.	14,95	16,15
	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO.	14,25	15,40
	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO.	14,25	15,40
	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA.	14,25	15,40
	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE. Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	14,95	16,15
	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA. Asportazione neoformazioni del cavo orale	19,90	21,55
	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO.	19,90	21,55
	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA.	19,90	21,55
	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE. Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	14,95	16,15
	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE. Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	22,15	23,95
H	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI. Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	100,10	108,25



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 35 ODONTOSTOMATOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE. Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	19,90	21,55
E	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA. Radiografia endorale (1 radiogramma)	6,30	6,80
	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO.	9,90	10,70
	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE.	3,95	4,25
	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE. Per seduta	5,95	6,45
	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE. Rimozione di corona isolata, rimozione di elemento protesico	6,60	7,10
	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE.	8,55	9,25
	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI.	13,70	14,80
	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	13,70	14,80

Conteggio prest.: 65



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	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)	52,15	56,40
HIA	04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE.	942,70	1.000,00
	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	28,45	30,80
	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE.	28,45	30,80
	78.7	OSTEOCLASIA. Manuale o strumentale	19,90	21,55
H	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA.	52,70	57,00
H	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	52,70	57,00
H	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA. Braccio NAS	52,70	57,00
H	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Mano NAS	52,70	57,00
H	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA.	42,15	45,60
H	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA. Piede NAS	52,70	57,00
H	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA.	52,70	57,00
H	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA.	36,85	39,85
H	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA.	36,85	39,85
H	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO.	36,85	39,85
H	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO.	36,85	39,85
H	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO.	36,85	39,85
	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA. Biopsia aspirativa	42,70	46,20
	81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	28,45	30,80
	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO.	28,45	30,80
	83.02	MIOTOMIA. Escluso: Miotomia cricofaringea	19,90	21,55
	83.03	BORSOTOMIA. Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	28,45	30,80
	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE. Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca	42,15	45,60
	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA.	28,95	31,30
E	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA.	7,90	8,55
I	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Manipolazione della colonna vertebrale (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	14,50	15,70
I	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI. Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	9,05	9,80
	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'. Correzione manuale di piede torto congenito	7,40	8,00



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI. Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	11,60	12,55
	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO. Escluso: Minerva gessata (93.52)	31,60	34,15
	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO. Applicazione di: collare cervicale Minerva gessata Supporto sagomato del collo	31,60	34,15
	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO. Busto gessato	31,60	34,15
	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE. Antibraccio-mano Gamba e piede	7,90	8,55
	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO.	13,85	15,00
	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE.	25,70	27,80
	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE.	19,30	20,85
	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO.	12,85	13,90
	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO.	23,15	25,05
	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE.	11,85	12,80
	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE. Applicazione di stecca di Zimmer	5,95	6,45
	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE.	3,95	4,25
	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE.	25,70	27,80
	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE.	21,80	23,55
	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO. Bendaggio funzionale	7,90	8,55
	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA.	13,85	15,00
	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ.	21,80	23,55
	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO. Desault, So-Bar	17,80	19,25
	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETTRICO E TEGUMENTARIO. Riparazione apparecchi gessati	9,90	10,70
	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE. Rimozione di supporto, gesso, stecca	9,90	10,70
I	97.89.1	RIMOZIONE DI TRAZIONE.	28,70	31,05
I	97.89.2	RIMOZIONE DI MEZZI DI SINTESI.	68,25	73,85
	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO.	7,90	8,55

Conteggio prest.: 52



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI.	89,55	96,90
H	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO. Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	43,00	46,50
	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE. Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche, quella per isterosalpingografia (87.83)	22,15	23,95
	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]. Escluso: Conizzazione della cervice	25,30	27,35
	67.19.1	BIOPSIA DELLA PORTIO. Biopsia mirata della portio a guida colposcopica - Biopsia di una o più sedi	27,80	30,05
	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO. Elettrocoagulazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio	37,95	41,05
	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO. Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	37,95	41,05
	68.12.1	ISTEROSCOPIA. Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	22,15	23,95
	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO. Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	30,35	32,80
I	68.16.2	PRELIEVO ENDOUTERINO IN ASPIRAZIONE (senza dilatazione del collo).	34,20	36,95
	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	47,45	51,30
	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.).	13,15	14,25
H	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE. Intracervicale e intrauterina (IAO)	79,00	85,45
H	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE.	13,15	14,25
	70.11.1	IMENOTOMIA.	25,30	27,35
	70.21	COLPOSCOPIA.	10,95	11,85
	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI. Con eventuale puntura esplorativa	20,25	21,90
	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA.	25,30	27,35
	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI.	30,35	32,80
	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE.	20,25	21,90
	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO.	25,30	27,35
	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI.	20,25	21,90
	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE. Laserterapia per fatti distrofici	30,35	32,80
H	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI.	89,55	96,90
H	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE.	79,00	85,45
H	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA.	63,20	68,40
H	75.33.1	FUNIColocentesi con raccolta di cellule staminali emopoietiche.	89,55	96,90
	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA. Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT	16,75	18,10
H	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA. Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico	31,60	34,15
	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE.	42,15	45,60



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	51,10	55,30
	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA.	36,85	39,85
	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA. Per monitoraggio ovulazione	23,45	25,40
	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA.	31,60	34,15
E	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	44,25	47,85
	89.26	VISITA GINECOLOGICA. Visita ostetrico-ginecologica/andrologica, Esame pelvico	18,95	20,50
E	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO.	2,65	2,85
E	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	125,00	135,20
	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE.	9,90	10,70
	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE.	9,90	10,70
	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO.	9,90	10,70
	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE. Incluso: Isteroscopia Escluso: rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	23,95	25,90
	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE.	10,25	11,10
	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55

Conteggio prest.: 44



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 38 OTORINOLARINGOIATRIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo Esterno e del Padiglione Auricolare. Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	11,60	12,55
I	18.11.1	OTOMICROSCOPIA.	18,55	20,05
	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO.	13,05	14,10
	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO. Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettage Elettrocoagulazione Eucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare polipi, cisti Escluso: Biopsia dell'orecchio esterno (18.12), Rimozione di Cerume (96.52)	14,50	15,70
	20.0	MIRINGOTOMIA.	20,30	21,95
	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA.	55,35	59,85
	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO.	22,15	23,95
	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE SOAE, TEOAE, DPOAE.	9,25	10,00
	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO. Cateterismo, Insufflazione (acido bórico, acido salicilico), Intubazione, Politzerizzazione	12,90	13,95
	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE.	12,90	13,95
H	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE).	23,70	25,65
	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO). (Cura completa)	16,60	17,95
	21.22	BIOPSIA DEL NASO.	22,15	23,95
	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE.	22,15	23,95
	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO. Incluso: Contenzione e sua rimozione	22,15	23,95
	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO. Sinechia nasale	22,15	23,95
	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO. Drenaggio mascellare per via diameatica	22,15	23,95
	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA.	9,95	10,75
	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE.	19,90	21,55
	29.12	BIOPSIA FARINGEA.	19,90	21,55
	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA. Laringoscopia a fibre ottiche	27,65	29,90
	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA. Incluso: Anestesia	7,10	7,70
	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA.	21,30	23,05
	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE. In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	24,95	27,00
	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO.	13,15	14,25
	31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO.	23,10	24,95
IH	31.93.1	SOSTITUZIONE PROTESI FONIATORIA. Escluso protesi	35,40	38,25
I	31.94.1	INIEZIONE SOSTANZE ISPESSENTI PARETE FISTOLA TRACHEO-ESOFAGEA.	135,70	146,80
	89.11	TONOMETRIA.	14,25	15,40
	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE. Rinomanometria	14,25	15,40
	89.39.4	GUSTOMETRIA.	9,50	10,30



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 38 OTORINOLARINGOIATRIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA.	7,60	8,20
	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	8,95	9,65
	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE. Aerosolterapia Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1,60	1,70
	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE.	18,60	20,10
	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO.	26,50	28,65
	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE.	9,95	10,75
	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE.	9,95	10,75
	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA.	21,05	22,80
	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE.	12,20	13,20
	95.42	IMPEDENZOMETRIA.	8,85	9,55
	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA. Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber	25,80	27,90
	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Esame clinico con prove caloriche	16,60	17,95
	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Test posizionali o rilievo segni spontanei	16,60	17,95
	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE. Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	33,20	35,95
	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE. Prove audiometriche sopraliminari	16,60	17,95
	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS.	13,15	14,25
	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	12,20	13,20
	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO.	9,95	10,75
	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU.	12,55	13,55
	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO.	24,15	26,10
	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI.	19,90	21,55
	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO. Irrigazione con rimozione di cerume	7,90	8,55
IH	96.55	TOILETTE DI TRACHEOSTOMIA.	35,40	38,25
I	97.01	SOSTITUZIONE DI TUBO NASOGASTRICO O PER ESOFAGOSTOMIA.	26,55	28,70
I	97.23	SOSTITUZIONE DI CANULA PER TRACHEOSTOMIA.	59,00	63,80
	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE.	8,55	9,25
	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE.	8,55	9,25
	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE.	15,45	16,70
	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE. Incluso: Laringoscopia	15,45	16,70



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 40 PSICHIATRIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA.	9,90	10,70
	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET.	15,80	17,10
	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA. Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,95	6,45
	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS].	5,95	6,45
	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE.	5,95	6,45
	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI.	5,95	6,45
	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'.	7,90	8,55
	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE.	5,95	6,45
	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING.	5,95	6,45
	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO.	19,75	21,35
	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO. Visita neuropsichiatrica infantile di controllo	13,15	14,25
	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO.	19,75	21,35
	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE.	19,75	21,35
	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE. Per seduta	23,70	25,65
	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO. Per seduta e per partecipante	9,90	10,70

Conteggio prest.: 15



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 43 UROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE. Puntura di cisti renale	63,20	68,40
I	55.93.1	SOSTITUZIONE CATETERE NEFROSTOMICO.	94,40	102,15
H	56.31	URETEROSCOPIA. Con strumento flessibile	74,15	80,20
	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA. Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistostomia e cistostomia come approccio chirurgico	27,80	30,05
	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]. Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata	46,35	50,15
	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA.	57,95	62,65
	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA.	57,95	62,65
	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO.	57,95	62,65
	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA. Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	57,95	62,65
	57.94	CATETERISMO VESCICALE.	9,30	10,05
	58.22	URETROSCOPIA.	27,80	30,05
	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA.	39,40	42,65
	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA. Asportazione di caruncola uretrale	39,40	42,65
H	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE.	89,55	96,90
H	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA. Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	39,40	42,65
	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE. Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	34,80	37,65
	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE. (Per seduta)	10,45	11,30
	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE.	39,40	42,65
	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE. Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio uretrovescicale Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	23,15	25,05
	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO. Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostato	27,80	30,05
	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA. Approccio transperineale o transrettale	27,80	30,05
	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA. Agobiopsia Eco-guidata della prostata	49,25	53,25
H	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI.	63,20	68,40
	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA. Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	27,80	30,05
	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE. Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	17,70	19,15
	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE. Aspirazione percutanea della tunica vaginale	17,70	19,15
	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO.	27,80	30,05
	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO. Manuale Escluso: quella associata ad orchidopessi	15,15	16,40
H	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI.	89,55	96,90



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 43 UROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
I	64.0	CIRCONCISIONE.	35,40	38,25
	64.11	BIOPSIA DEL PENE.	20,25	21,90
	64.19.1	BALANOSCOPIA.	6,30	6,80
	64.92.1	FRENULOTOMIA.	18,95	20,50
	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE.	20,25	21,90
	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI.	34,80	37,65
	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	51,10	55,30
	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE.	79,00	85,45
	89.22	CISTOMETROGRAFIA. Cistomanometria	56,90	61,55
	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE.	23,70	25,65
	89.24	UROFLUSSOMETRIA.	11,85	12,80
	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE.	11,85	12,80
	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell'occhio (95.25)	13,70	14,80
	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA. Instillazione di supposta prostaglandinica Instillazione di chemioterapici intravesicali	9,90	10,70
	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE. Incluso: Uretroscopia	36,50	39,45
	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE.	7,90	8,55
	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE.	6,60	7,10
	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE.	6,60	7,10
	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI.	7,90	8,55
	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE.	7,90	8,55
	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO.	5,95	6,45
	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO.	5,95	6,45

Conteggio prest.: 51



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 52 DERMOSIFILOPATIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
E	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE. Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	60,50	65,40
	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE.	7,90	8,55
	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE. Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	30,35	32,80
	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI.	30,35	32,80
	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI.	20,25	21,90
	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE. Laserterapia per fatti distrofici	30,35	32,80
	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	14,25	15,40
	86.19.1	ELASTOMETRIA.	4,40	4,80
	86.19.2	SEBOMETRIA.	4,40	4,80
	86.19.3	CORNEOMETRIA.	5,85	6,35
	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL).	7,35	7,95
	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE. Peeling chimico della cute	7,35	7,95
	86.25	DERMOABRASIONE. Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	17,40	18,80
	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO. (Per seduta)	13,05	14,10
	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)	13,05	14,10
	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE. (Per seduta)	13,05	14,10
	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA.	7,10	7,70
	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA.	7,10	7,70
	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA.	18,95	20,50
	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE.	6,15	6,65
	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST].	5,70	6,20
	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST].	4,75	5,15
	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni).	11,85	12,80
	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST]. (Fino a 20 allergeni).	33,20	35,95
	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA. (Fino a 12 allergeni).	23,70	25,65
	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA. Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute	9,00	9,70

Conteggio prest.: 26



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
E	81.91	ARTROCENTESI. Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	28,45	30,80
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO.	28,45	30,80
	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE. Con scala psico-comportamentale	13,15	14,25
	93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA. Con scala psico-comportamentale	7,90	8,55
	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)	7,90	8,55
	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	7,90	8,55
	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA.	7,90	8,55
	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA.	7,90	8,55
	93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare generale	11,85	12,80
	93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE. Bilancio articolare e muscolare segmentario	7,90	8,55
	93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	19,75	21,35
	93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO.	11,05	11,95
	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE.	13,70	14,80
	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO.	8,15	8,85
	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO.	9,90	10,70
	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)	10,55	11,40
	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA. Densità delle fibre	10,55	11,40
	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA. Esame ad ago	10,55	11,40
	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]. Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	13,70	14,80
	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE. H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esteroceettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,55	11,40
	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA. Per nervo	10,55	11,40
	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA. Per nervo	10,55	11,40
	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO. Per seduta di 30 minuti max. 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5,50	5,95
I	93.12.1	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA SEMPLICE - SOSTITUISCE PREST. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3, 93.11.4 E 95.12. Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10,55	11,40
I	93.12.2	RIEDUCAZIONE FUNZIONALE ATTIVA E/O PASSIVA PER PATOLOGIA COMPLESSA - SOSTITUISCE PREST. 93.11.1, 93.11.2, 93.11.3 E 93.11.4. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	21,05	22,80
I	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE. Manipolazione della colonna vertebrale (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	14,50	15,70



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
I	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI. Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni (ciclo di tre sedute) Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	9,05	9,80
	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	11,60	12,55
	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	3,45	3,75
I	93.19.3	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - SOSTITUISCE PREST. 93.19.1. Per seduta individuale di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10,55	11,40
I	93.19.4	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI - SOSTITUISCE PREST. 93.19.2. Per seduta collettiva di 20 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	3,00	3,20
	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO. Incluso: Addestramento all'uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	13,15	14,25
I	93.22.1	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI STATICA.	49,40	53,45
I	93.22.2	REALIZZAZIONE E APPLICAZIONE DI ORTESI DINAMICA.	108,45	117,30
	93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI.	8,10	8,75
I	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA. Radiazione infrarossa, radiazione ultravioletta (Ciclo di dieci sedute)	2,10	2,30
	93.35.3	PARAFFINOTERAPIA. Bagno paraffinico per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,35	2,55
I	93.35.5	CRIOTERAPIA STRUMENTALE. (Ciclo di dieci sedute)	4,25	4,60
	93.37	TRAINING PRENATALE. Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	125,00	135,20
*	93.39.4	ELETTROTERAPIA ANTALGICA. Diadinamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	3,95	4,25
*	E 93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	6,30	6,80
	93.39.6	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	5,25	5,65
	93.39.7	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	4,25	4,60
	93.39.8	MAGNETOTERAPIA. Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,65	2,85
*	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA. Con testina fissa e ad immersione Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	3,15	3,45
I	93.40.1	MASSOTERAPIA CONNETTIVO RIFLESSOGENA - SOSTITUISCE prest. 93.39.1. Per seduta di 40 minuti (Ciclo di dieci sedute)	17,90	19,35
I	93.40.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO - SOSTITUISCE PREST. 93.39.2. (Ciclo di 10 sedute di 45 minuti ciascuna)	21,05	22,80
I*	93.40.3	ELETTROTERAPIA ANTALGICA. Interferenziale, galvanica Per seduta di 20 minuti (Ciclo di dieci sedute)	4,75	5,15
I*	93.40.4	ULTRASONOTERAPIA. Con testina mobile Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	5,25	5,65
E	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO. Bendaggio funzionale	7,90	8,55
I	93.71.7	INQUADRAMENTO DISTURBI COMUNICATIVI E/O COGNITIVI - SOSTITUISCE PREST. 94.08.4. Valutazione, anche strumentale, disturbi deglutizione, disturbi fono-articolari funzionali e organici periferici (con test somministrati) Valutazione o test, anche strumentali, per afasia, sordità, dislessia, dislalia, balbuzie, disartria e funz. corticali sup.	38,20	41,35



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 56 MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
I	93.71.8	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA INDIVIDUALE - SOSTITUISCE PREST. 93.71.1, 93.71.3 E 93.72.1 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fonco-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria, dist. cort. sup paz. grav. dis. Seduta 60' (ciclo 10 sedute)	26,30	28,45
I	93.71.9	RIABILITAZIONE LOGOPEDICA COLLETTIVA - SOSTITUISCE PREST. 93.71.2, 93.71.4 E 93.72.2 (Rieducazione disturbi comunicativi e/o cognitivi). Trattamento disturbi della deglutizione con/senza ausili, fonco-articolari, funzionali o organici periferici con/senza ausili, afasia, sordità, dislalia, balbuzie, disartria con/sen aus, dist. cort. sup. sed 60' x 5 pazienti Ter per paziente (Ciclo 10 sedute)	8,40	9,10
	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,55	9,25
	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO. Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10	2,30
	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Terapia delle attività della vita quotidiana Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,55	9,25
	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE. Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10	2,30
	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE. Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	8,95	9,65
	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,55	9,25
	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI. Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10	2,30
E	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA.	10,25	11,10
*	E 99.29.7	MESOTERAPIA.	6,85	7,40
E	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA.	9,90	10,70
I*	99.99.2	LASERTERAPIA ANTALGICA. A scansione più manipolo: (ciclo di dieci sedute di 20 minuti ciascuna)	7,90	8,55
I*	99.99.3	LASERTERAPIA ANTALGICA - SOSTITUISCE PREST. 99.99.1. (ciclo di 10 sedute di 10 minuti ciascuna)	4,25	4,60

Conteggio prest.: 65



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 58 GASTROENTEROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	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)	46,85	50,65
	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN.	14,25	15,40
	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE).	83,25	90,05
	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	51,35	55,55
H	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA. Mediante laser	98,55	106,60
I	42.92.1	DILATAZIONE MECCANICA DI STENOSI ESOFAGEE.	106,20	114,85
	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	49,80	53,85
	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA.	79,00	85,45
	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	52,15	56,40
	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO. Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	89,55	96,90
	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13).	14,25	15,40
	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]. Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	57,95	62,65
I H	45.13.1	EGDS CON POSIZIONAMENTO DI FILO GUIDA, SONDINO NASO GASTRICO O CLIPS.	76,70	82,95
	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE. Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	61,65	66,65
	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA. Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	72,40	78,30
	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 c	89,55	96,90
	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA.	105,35	113,95
	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE. Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	37,95	41,05
	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)	115,85	125,30
	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE.	76,40	82,65
	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA.	42,70	46,20
	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO.	28,45	30,80
	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON.	170,70	184,65



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 58 GASTROENTEROLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO. Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	98,80	106,85
	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)	105,35	113,95
	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO. Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	25,55	27,60
	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO. Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia	42,70	46,20
	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE.	59,50	64,40
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	35,55	38,45
	49.21	ANOSCOPIA.	23,15	25,05
H	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	89,55	96,90
IR	51.15.1	MANOMETRIA DELLO SFINTERE DI ODDI.	147,50	159,55
IR	51.22.1	PANCREOLAURYL TEST URINARIO.	59,00	63,80
	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)	73,75	79,75
	88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI.	44,25	47,85
	88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS.	44,25	47,85
	88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA.	44,25	47,85
	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO.	105,35	113,95
	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA.	68,50	74,10
	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore.	94,80	102,55
IH	97.02.1	POSIZIONAMENTO PEG ENDOSCOPICO (BOTTONE).	265,50	287,15
I	97.51.1	RIMOZIONE GASTROSTOMIA (PEG O BOTTONE).	20,65	22,35
	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	31,90	34,55
	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	63,20	68,40
	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE. Incluso: Endoscopia	30,05	32,50

Conteggio prest.: 45



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 61 MEDICINA NUCLEARE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,95	31,30
	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA.	45,90	49,65
	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE.	47,00	50,85
	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA.	42,15	45,60
	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI.	183,35	198,35
	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA. (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	65,85	71,25
	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	131,70	142,45
	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI.	126,45	136,75
	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.6	158,05	170,90
I	92.02.6	TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) - SOSTITUISCE PREST. 92.02.5, 92.03.5 E 92.15.5. In corso di esame planare, incluso, con unica somministrazione di radiofarmaco	70,25	75,95
	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.6	57,95	62,65
	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA (OSBOLETA REGIONALE). In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	23,45	25,40
	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE. Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	130,65	141,35
	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE. Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	92,20	99,75
	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE.	65,20	70,50
	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE.	147,50	159,55
	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO.	94,80	102,55
	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE.	105,35	113,95
	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE (OBSOLETA REGIONALE).	62,70	67,80
I	92.04.6	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGEO.	52,70	57,00
	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO.	190,75	206,35
	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	68,50	74,10
	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	100,10	108,25
	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	131,70	142,45
	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA.	91,90	99,40



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 61 MEDICINA NUCLEARE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY.	110,60	119,60
I	92.05.7	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) DURANTE STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	115,85	125,30
I	92.05.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO DOPO STIMOLO. Studi multipli del pool ematico cardiaco all'equilibrio, a riposo e durantr stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	131,70	142,45
*	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO.	1.264,30	1.367,45
	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO.	158,05	170,90
	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE. In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	42,10	45,55
	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO.	47,10	50,95
	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA).	182,90	197,80
	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA.	194,90	210,80
	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO.	225,70	244,15
I	92.09.8	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA GSPET. A completamento di 92.09.2	47,20	51,05
	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO.	100,10	108,25
	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO.	128,80	139,30
	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI.	131,70	142,45
	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR.	210,75	227,95
	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET).	243,60	263,50
*	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio qualitativo	958,75	1.037,00
*	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET). Studio quantitativo	1.422,35	1.538,40
I*	92.11.8	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) QUANTITATIVA. Perfusoria e metabolica, a riposo o a riposo e dopo test da sforzo o farmacologico	2.107,15	2.279,10
I*	92.12.9	TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET). PET totale corporea, qualitativa o quantitativa, PET segmentaria, quantitativa	1.053,55	1.139,55
	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI. Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	194,90	210,80
	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA.	59,00	63,80
	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA.	105,35	113,95
	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE. (6 proiezioni)	79,00	85,45
	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA.	231,80	250,70
	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE. Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1-92.15.2)	23,45	25,40
	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO.	172,85	186,95
	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA.	112,70	121,90



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 61 MEDICINA NUCLEARE			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI.	255,50	276,35
	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE.	142,25	153,85
	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI.	139,35	150,70
	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	310,80	336,20
	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI.	948,20	1.025,60
*	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET).	1.093,10	1.182,25
I	92.18.7	SCINTIGRAFIA OSSEA POLIFASICA CON SCANSIONE TOTALE CORPOREA. Codificare in corso di esecuzione di 92.18.2 SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	31,05	33,60
I	92.18.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI.	245,95	266,05
I	92.18.9	PET-CT. da codificare in aggiunta alle prestazioni 92.12.9 TOMOSCINTIGRAFIA TOTALE (PET) 92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET) se le indagini sono eseguite con apparecchiatura PET-CT.		156,00
	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE.	474,10	512,75
	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE.	447,80	484,35
	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI.	52,70	57,00
	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA).	88,00	95,15
	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY. Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	25,30	27,35
I	92.19.7	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE.	263,40	284,90
I	92.19.8	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON TRACCIANTE IMMUNOLOGICO O RECETTORIALE.	895,55	968,60

Conteggio prest.: 69



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 64 ONCOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE. Iniezione endorachide di antitumorali	52,70	57,00
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	63,20	68,40
H	38.98	PUNTURA DI ARTERIA. Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1-88.48)	31,60	34,15
H	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE. Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	63,20	68,40
	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO.	28,45	30,80
	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA. Instillazione di supposta prostaglandinica Instillazione di chemioterapici intravescicali	9,90	10,70
	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI. Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,90	10,70
	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI.	11,85	12,80
AI	99.25.1	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE - FARMACO INCLUSO - SOSTITUISCE PREST. 99.25.	323,60	350,00

Conteggio prest.: 9



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 68 PNEUMOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE. Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	84,30	91,15
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	131,70	142,45
	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE.	23,70	25,65
	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE.	37,95	41,05
	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD).	47,45	51,30
	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA. Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	37,95	41,05
	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO. Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	56,90	61,55
	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOSTRITTORE SPECIFICO. Singolo stimolo Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	47,45	51,30
	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE. Escluso: Spirometria	23,70	25,65
	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA.	23,70	25,65
	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO.	23,70	25,65
	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA.	47,45	51,30
	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO.	23,70	25,65
	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI.	71,10	76,90
	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE.	47,45	51,30
	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI.	23,70	25,65
	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1.	23,70	25,65
IR	89.39.6	MISURA DELLA DIFFERENZA DI POTENZIALE NASALE BASALE CON O SENZA STIMOLAZIONE FARMACOLOGICA.	65,85	71,25
I	89.39.7	TEST DELLA SACCARINA (TEST DI CLEARANCE MUCO-CILIARE DELLE PRIME VIE AEREE).	50,15	54,25
	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO. ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	85,30	92,25
	89.44.2	TEST DEL CAMMINO.	56,90	61,55
	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA. Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	13,95	15,10
	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE. Test dell' iperossia	18,95	20,50
	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE. Test dell' ipossia	18,95	20,50
	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2.	18,95	20,50
	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA.	9,50	10,30
	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE.	18,95	20,50
	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO.	18,95	20,50
	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE. Per seduta	5,95	6,45



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 68 PNEUMOLOGIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE. Drenaggio posturale Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	8,35	9,05
	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI. Per seduta	7,90	8,55
	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE.	18,85	20,40

Conteggio prest.: 32



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA. Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	62,70	67,80
	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE. Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	62,70	67,80
H	34.91.1	TORACENTESI. TC-guidata	168,55	182,30
	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA.	60,50	65,40
	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA.	106,70	115,40
H	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO. Aspirazione diagnostica TC-guidata	158,05	170,90
H	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO. Alcolizzazione percutanea Eco-guidata Escluso: Biopsia percutanea (50.11)	158,05	170,90
H	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI. Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	89,55	96,90
H	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE. Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	89,55	96,90
H	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE. Drenaggio delle regioni superficiali	131,70	142,45
	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA. Agobiopsia Eco-guidata della prostata	49,25	53,25
	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI.	48,35	52,30
	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA. Biopsia con ago sottile della mammella	37,95	41,05
	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA. Eco-guidata	37,95	41,05
	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO. TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	84,80	91,75
	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO. TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	173,85	188,05
	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)	91,15	98,60
	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)	144,90	156,75
	87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCATE DENTARIE [DENTALSCAN]. TC dei denti (arcata superiore o inferiore)	105,35	113,95
	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO. TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	137,00	148,20
	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]	184,35	199,35
	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO. TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	84,80	91,75
	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO. TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	136,45	147,60
	87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialo-Tc	84,80	91,75
	87.04.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE.	31,60	34,15



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA.	86,90	94,00
	87.06	FARINGOGRAFIA. Incluso: esame diretto	31,05	33,60
	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI. Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	55,85	60,40
	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	47,45	51,30
	87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO. Esame diretto (2 proiezioni) di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia delle ghiandole salivari codificare anche 88.90.1	15,55	16,80
	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE. Con videoregistrazione	67,95	73,50
	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	10,55	11,40
	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA. Superiore o inferiore	9,50	10,30
	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE. Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	26,30	28,45
	87.11.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCADE DENTARIE.	24,75	26,80
	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO. Per cefalometria ortodontica	10,55	11,40
	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA. Radiografia endorale (1 radiogramma)	6,30	6,80
	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	68,50	74,10
	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO. Bilaterale Incluso: esame diretto	86,40	93,45
	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA. Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola	15,30	16,55
	87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto	54,25	58,65
	87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Monolaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica bilaterale (87.16.2)	27,40	29,65
	87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE. Bilaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporomandibolare basale e dinamica bilaterale (87.16.2)	45,30	49,00
	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI. Cranio in tre proiezioni	26,30	28,45
	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA. (2 proiezioni)	15,55	16,80
	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI. (2 proiezioni)	17,65	19,10
	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE. (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	34,20	36,95
	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE). (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	34,20	36,95
	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE. (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	34,20	36,95



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA. (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	73,75	79,75
	87.35	GALATTOGRAFIA.	69,50	75,20
A	87.36	ESAME CLINICO-STRUMENTALE DELLE MAMMELLE. Esame polifasico: visita senologica, ecografia mammaria e mammografia bilaterale	89,55	96,90
	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE. (2 proiezioni)	35,55	38,45
	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE. (2 proiezioni)	23,45	25,40
	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA.	32,65	35,30
I	87.38.1	FISTOLOGRAFIA - SOSTITUISCE PREST. 87.38 (minimo 2 radiogrammi).	55,35	59,85
	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE. TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	115,85	125,30
	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO. TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	210,75	227,95
	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE. Tomografia bilaterale polmonare	50,05	54,15
	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE. Tomografia monolaterale polmonare	35,30	38,15
	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO.	40,85	44,20
	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA. (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	34,20	36,95
	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA. (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola	16,30	17,65
	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS. Radiografia standard del torace [Telerradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	23,70	25,65
	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO. (4 proiezioni)	32,15	34,80
	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA. (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1	15,30	16,55
	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA. Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	70,05	75,75
H	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR. Incluso: esame diretto	45,30	49,00
I	87.54.2	COLANGIO RM.	184,45	199,50
	87.59.1	COLECISTOGRAFIA. Incluso: esame diretto e prova di Bronner	51,10	55,30
	87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE. Pasto baritato (9 radiogrammi) Incluso: Radiografia dell' esofago	71,90	77,80
	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE. Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi)	51,10	55,30
	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO.	38,20	41,35
	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO.	48,20	52,15
	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO.	60,60	65,50
	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE.	46,35	50,15
	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE. Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi)	30,55	33,00
	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE.	52,70	57,00



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO.	93,50	101,15
	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO.	143,80	155,55
H	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO. Wirsungrafia	60,85	65,85
	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE. Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale	64,50	69,80
	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	96,95	104,90
	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo	221,25	239,30
	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE. Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto	34,20	36,95
	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA. Incluso: esame diretto e nefropielotomografia	158,05	170,90
H	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	70,05	75,75
H	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE. (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	93,80	101,45
	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA.	44,25	47,85
H	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA. Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi)	67,40	72,90
	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE.	54,75	59,25
	87.77	CISTOGRAFIA. (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	49,25	53,25
	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	70,05	75,75
	87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO. Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	34,20	36,95
	87.79.1	URETROGRAFIA. (3 radiogrammi)	44,80	48,45
	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA. (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	110,60	119,60
	87.89.1	COLPOGRAFIA. (4 radiogrammi)	56,90	61,55
	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE.	73,75	79,75
	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA.	75,35	81,50
	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	90,05	97,40
	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	210,75	227,95
	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	90,05	97,40
	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata	210,75	227,95
	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO.	117,45	127,05
	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.	263,40	284,90
I	88.01.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) PER STADIAZIONE ONCOLOGICA. TC cranio, torace ed addome superiore TC torace, addome superiore ed addome inferiore	474,10	512,75



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME. (4 radiogrammi)	55,35	59,85
	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE.	128,50	139,00
	88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME. (2 proiezioni)	34,20	36,95
	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE. Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	26,30	28,45
	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO. Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	26,30	28,45
	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO. Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	26,30	28,45
	88.25	PELVIMETRIA.	17,90	19,35
	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA. Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	26,30	28,45
	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA. Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	26,30	28,45
	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA. Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	26,30	28,45
	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO.	30,80	33,35
	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA. (3 proiezioni)	26,90	29,10
	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO. [Scheletro per patologia sistemica]	263,40	284,90
	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE.	22,90	24,75
	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO. (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	83,75	90,60
	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA. (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	12,40	13,40
	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO.	32,15	34,80
	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	55,35	59,85
	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE. (Minimo 2 radiogrammi)	55,35	59,85
	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE. TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad un ulteriore spazio inte	115,85	125,30
	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO. TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici In caso di estensione della prestazione ad u	210,75	227,95
	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE. TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	115,85	125,30
	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]	210,75	227,95
	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO. TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache	88,25	95,45
	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]	115,85	125,30



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	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]	210,75	227,95
	88.38.8	ARTRO TC. Spalla o gomito o ginocchio	153,80	166,35
	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO. (2 proiezioni)	15,80	17,10
I	88.40.1	ANGIO TAC.	201,05	217,45
H	88.42.1	AORTOGRAFIA. Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico	288,95	312,50
H	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE. Angiografia digitale dell' aorta addominale	288,95	312,50
H	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE.	288,95	312,50
H	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE. Cervicale, dorsale, lombare	269,20	291,15
H	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA.	100,10	108,25
H	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE.	261,85	283,20
H	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE.	261,85	283,20
H	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE. Monolaterale	251,30	271,80
H	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE.	251,30	271,80
H	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE.	251,30	271,80
H	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA. Bilaterale	261,85	283,20
H	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI. Monolaterale	251,30	271,80
H	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI. Bilaterale	290,80	314,55
	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA. Ecografia transfontanellare	31,90	34,55
	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO. Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,95	31,30
	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA. Ecocardiografia	52,70	57,00
	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	36,60	39,55
	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Monolaterale	21,55	23,30
	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE.	36,60	39,55
	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA.	31,35	33,90
E	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
I	88.73.6	BIOPSIA DELLA MAMMELLA CON APPARECCHIATURE STEREOTASSICA.	758,90	820,80
	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)	73,75	79,75
	88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI.	44,25	47,85
	88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS.	44,25	47,85
	88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA.	44,25	47,85
	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI.	34,80	37,65
	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE. Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	63,20	68,40



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE. Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	51,10	55,30
I	88.75.3	ECOGRAFIA DEL PENE. A riposo e dopo prova farmacologica	65,20	70,50
	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO.	105,35	113,95
	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI. Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali	32,65	35,30
E	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	25,30	27,35
E	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA. A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	44,80	48,45
	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA. Per monitoraggio ovulazione	23,45	25,40
E	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA.	31,60	34,15
	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO.	28,95	31,30
	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE. Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca	42,15	45,60
	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA.	28,95	31,30
	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE.	51,60	55,80
	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE.	31,60	34,15
	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI.	31,60	34,15
	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE.	44,25	47,85
	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE.	79,00	85,45
I	88.79.9	EVENTUALE ECOCOLORDOPPLER INTEGRATIVA. Prestazione effettuata in corso di: Ecografia della cute e del tessuto sottocutaneo (parti molli) Ecografia muscolotendinea Ecografia del pene Ecografia dei testicoli	31,60	34,15
	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE. Scheletro in toto e colonna	25,80	27,90
	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA. Bilaterale	25,80	27,90
	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI.	25,80	27,90
	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	15,30	16,55
	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	30,05	32,50
I	88.90.4	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC - SOSTITUISCE PREST. 88.90.2.	20,55	22,20
	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO. Incluso: relativo distretto vascolare	226,55	245,00
	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO. Incluso: relativo distretto vascolare	336,60	364,05
	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE. [sella turcica, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	200,20	216,55
	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	326,60	353,25
	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO.	251,30	271,80



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	163,30	176,65
	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO. [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare	295,00	319,05
	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO.	251,30	271,80
I	88.91.9	ANGIO-RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO, SENZA E CON CONTRASTO.	295,00	319,05
	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE. [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	210,75	227,95
	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO. [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare	326,60	353,25
	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO.	251,30	271,80
	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE.	210,75	227,95
	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO.	326,60	353,25
	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE.	316,60	342,40
	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA. Monolaterale	151,15	163,50
	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO. Monolaterale	238,65	258,15
	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA. Bilaterale	163,30	176,65
	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO. Bilaterale	254,45	275,25
	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA. Cervicale, toracica, lombosacrale	205,45	222,20
	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO. Cervicale, toracica, lombosacrale	326,60	353,25
	88.93.2	ANGIO-RM DEI VASI DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO.	295,00	319,05
I	88.93.3	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO, SENZA E CON CONTRASTO.	295,00	319,05
	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA. RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio, gamba] RM di caviglia e piede [caviglia, piede]. Incluso: articolazione parti molli, distretto vascolare	181,20	196,00
	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO. RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino RM di articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale e femore] RM di ginocchio e gamba [ginocchio e gamba] RM di caviglia e piede [caviglia e piede] Incluso: articolazione, parti molli, distretto vascolare	263,40	284,90
	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE.	251,30	271,80
I	88.94.4	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO.	295,00	319,05
	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE. Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare	210,75	227,95



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 69 RADIOLOGIA DIAGNOSTICA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	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	326,60	353,25
	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE.	251,30	271,80
	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO. Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare	210,75	227,95
	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	326,60	353,25
	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE.	251,30	271,80
I	88.95.7	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE SENZA E CON CONTRASTO.	295,00	319,05
I	88.95.8	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE SENZA E CON CONTRASTO.	295,00	319,05
I	88.96.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO.	326,60	353,25
I	88.96.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO.	505,70	547,00
*	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO. Polso o caviglia	17,40	18,80
*	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X. Lombare, femorale, ultradistale	32,15	34,80
	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X. Total body	57,95	62,65
*	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC. Lombare	78,50	84,90
*	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI. Calcagno, Falangi	14,25	15,40
	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO.	15,80	17,10

Conteggio prest.: 229



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 70 RADIOTERAPIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC.	26,30	28,45
	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM.	42,15	45,60
	92.21.1	PLESIO-ROENTGENTERAPIA. Per seduta	7,35	7,95
	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato	22,15	23,95
	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO. Per seduta e per focolaio trattato	26,60	28,75
	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato	52,70	57,00
	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI. Per seduta e per focolaio trattato	36,55	39,50
	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 2D.. Per seduta e per focolaio trattato	52,70	57,00
I	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH. Per seduta e per focolaio trattato (fino ad un massimo di 5 sedute)	79,00	85,45
I	92.24.5	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE 3D. Per seduta e per focolaio trattato	73,95	80,00
I	92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI O DI MOVIMENTO TECNICHE CON MODULAZIONE DI INTENSITA'. Per seduta e per focolaio trattato	139,60	151,00
I*	92.24.7	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA PRIMA SEDUTA O RADIOCHIRURGIA PER SEDUTA. Sostituisce la 92.24.4	806,00	871,80
I*	92.24.8	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE ALLA PRIMA SOSTITUISCE LA 92.24.4. (per seduta)	138,70	150,00
	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI. Per seduta e per focolaio trattato	39,15	42,35
*	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI).	1.074,60	1.162,30
I	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOLUMINALE, BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON VETTORI MULTIPLI, BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE E BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE CON VETTORI MULTIPLI -. Per seduta e per focolaio trattato	284,50	307,75
I	92.27.3	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA O DI SUPERFICIE CON VETTORE SINGOLO. Per seduta e per focolaio trattato	146,45	158,40
	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR). Per seduta e per focolaio trattato	376,15	406,85
I	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO. Intero trattamento	52,70	57,00
	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Fino a 370 MBq	68,95	74,55
	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI. Per ogni 370 MBq successivi	14,50	15,70
	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA.	183,60	198,60
	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Fino a 185 MBq	537,35	581,20
	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI. Per ogni 185 MBq successivi	223,90	242,15
*	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE.	842,90	911,65
I	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con simulatore radiologico o procedure di simulazione sull'unità di terapia (intero trattamento)	55,35	59,85
	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)	100,10	108,25



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 70 RADIOTERAPIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	131,70	142,45
	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO. Calcolo della dose in punti	24,35	26,30
	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	92,20	99,75
I	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO.	11,35	12,25
	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA. (intero trattamento)	48,45	52,40
	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO. (intero trattamento)	103,50	111,95
I	92.29.9	PREPARAZIONE COMPENSATORI/MODULATORI PER MODULAZIONE DI INTENSITA' PER FASCIO. (intero trattamento). Escluso: Schermatura personalizzata (92.29.7)	88,65	95,90
I	92.29.A	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE. Con PET-TC (intero trattamento) individuazione del volume bersaglio attraverso l'utilizzazione di PET accoppiata o non con TC	399,40	432,00
I	92.29.B	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. di "elevata complessità" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	323,60	350,00
I	92.29.C	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO 3D CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC. in modalità "inverse planning" incluso controllo fisico dell'accuratezza dosimetrica, geometrica e della ripetibilità del trattamento	531,60	575,00
I	92.29.E	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 2D.	46,25	50,00
I	92.29.F	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI CON TECNICHE 3D..	184,90	200,00
I	92.29.G	CONTROLLO DEL SET-UP INIZIALE PER LA 1^ SEDUTA, CONTROLLO PORTALE E/O DELLA RIPETIBILITA' DEL SET-UP DEL PAZIENTE. ( per ogni singola immagine)	46,25	50,00
	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	67,10	72,60

Conteggio prest.: 41



# REGIONE DEL VENETO

## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

Branca specialistica: 82 ANESTESIA			Tariffa vigente ai fini del ticket :	Tariffa ai fini della remunerazione soggetti erogatori
Note:	Codice:	Descrizione:		
H	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA. Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l' anestesia sia effettuata per intervento	105,35	113,95
H	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesie per intervento	52,70	57,00
H	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA. Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento	15,80	17,10
I H	04.99.1	IMPIANTO DI ELETTRODI PER TEST DI ANALGESIA DA ELETTROSTIMOLAZIONE PERCUTANEA.	105,35	113,95
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	79,00	85,45
H	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI.	131,70	142,45
I H	38.05.1	INCANNULAZIONE PERCUTANEA AMBULAT. DI VENA CENTRALE CON O SENZA PORTH A CATH.	26,30	28,45
E	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO.	28,45	30,80
*	93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA. Elettroanalgesia transutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	6,30	6,80
I*R	93.95.1	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta (durata trattamento ossigeno di 90 minuti)	92,20	99,75
I*R	93.95.2	OSSIGENOTERAPIA IPERBARICA IN EMERGENZA - SOSTITUISCE PREST. 93.95. Per seduta	368,75	398,85
	94.32	IPNOTERAPIA. Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	15,80	17,10
*	99.29.7	MESOTERAPIA.	6,85	7,40
	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA.	9,90	10,70

Conteggio prest.: 14



## Nomenclatore Tariffario Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali: ALLEGATO 3 Elenco Prestazioni per Branca Specialistica

---

<b>Totale prest. in elenco:</b>	<b>1938</b>
<b>Prestazioni sostituite:</b>	<b>0</b>
<b>Totale prestazioni valide:</b>	<b>1938</b>

### Note erogabilità:

#### Note erogabilità:

- La parentesi graffa 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 incluse in quel codice
- Codificare anche** Istruzione usata per segnalare che l'eventuale utilizzo di ulteriori procedure nell'ambito della prestazione principale deve essere codificata in aggiunta
- NAS** Non altrimenti specificato
- H** Prest. erogabili solo presso ambulatori protetti, ovvero presso ambulatori situati nell'ambito di istituti di ricovero ospedaliero (pubblici o privati preaccreditati)
- R** Prest. erogabili solo presso ambulatori specialistici specificatamente riconosciuti e abilitati dalla Regione
- \*** Prest. erogabili a carico del SSR solo secondo specifiche linee guida clinico-diagnostiche
- A** Accorpamenti di prestazioni, in relazione a profili di trattamento predefiniti, in risposta ad esigenze e scelte regionali
- I** Prest. erogabili nell'ambito del SSR, non presenti nel Nomenclatore Nazionale, ma effettuate nelle strutture sanitarie regionali, con effettiva diversità di contenuto e riconosciuta validità clinica
- E** Prest. riconducibili, sotto l'aspetto erogativo, a più branche specialistiche