



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Oggetto: Intesa, ai sensi dell'articolo, 8sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, sullo schema di decreto di Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente l'aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Intesa, ai sensi dell'articolo, 8sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

Il Ministero della salute, con lettera in data 26 aprile u.s., ha inviato lo schema di decreto indicato in oggetto ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa in Conferenza Stato – Regioni.

Si comunica che la suddetta documentazione è disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice: 4.10/2012/42.

La data dell'incontro tecnico sarà comunicata con successiva nota.

Il Direttore
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



Ministero della Salute

Ufficio di Gabinetto

Ministero della Salute

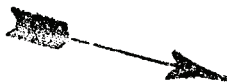
GAB

0003576-P-26/04/2012

I. S. d. i / 4



105173575



Al Direttore della Segreteria della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano

- Cons Ermenegilda Siniscalchi
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Via della Stamperia, n. 8 - Roma

e, p. c.

Al Capo Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale

Al Direttore Generale della programmazione sanitaria

LORO SEDI

Oggetto: Intesa ai sensi dell'art. 8 - *sexies*, com. 5, del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.
Schema di decreto "Aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie", ex art. 8 - *sexies*, com. 5, del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

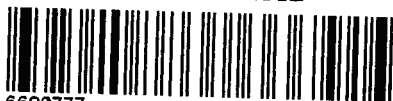
Si trasmette, in allegato, lo schema di decreto in oggetto affinché venga sottoposto all'esame della Conferenza Stato - Regioni, nella prima seduta utile, per l'espressione dell'intesa ai sensi dell'art. 8 - *sexies*, com. 5, del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e sue successive modificazioni.

Sullo schema di decreto di cui trattasi sono stati acquisiti, in data 15 marzo u.s., il parere favorevole dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e, in data 24 aprile u.s., l'assenso tecnico del Ministero dell'Economia e delle finanze.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0002130 A-4.23.2.10

del 27/04/2012



6690777

Il Capo di Gabinetto
(Cons. Guido Carpani)



Ministero della Salute

Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria

Relazione tecnica

L'articolo 8-sexies del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni prevede, al comma 5, che *“il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. (...). Lo stesso articolo, al comma 6, prevede inoltre che “Con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi.”*

Ai sensi dei sopra citati commi 5 e 6, con il presente decreto si provvede ad aggiornare, ai le vigenti tariffe nazionali delle attività assistenziali diverse dalle funzioni assistenziali, di cui all'articolo 8-sexies, comma 2, del citato decreto legislativo: Assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e di lungodegenza; Assistenza specialistica ambulatoriale.

La presente relazione tecnica intende illustrare i contenuti del provvedimento, con particolare riguardo ai conseguenti effetti in termini di impatto finanziario atteso.

1. ASSISTENZA OSPEDALIERA

1.A. RICOVERI OSPEDALIERI PER ACUTI

A normativa vigente, le tariffe massime nazionali per i ricoveri ospedalieri per acuti sono definite nel dm 30 giugno 1997 con riferimento al sistema di classificazione DRG 10[^]. Ai sensi del dm 18 dicembre 2008, a partire dal 1° gennaio 2009 le prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti sono classificate secondo la revisione 24[^] del sistema DRG. A livello regionale sono state determinate le tariffe per la remunerazione dei ricoveri ospedalieri per acuti classificati con il sistema DRG 24[^] revisione.

La remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (Ssn) avviene sulla base delle tariffe regionali; nelle regioni che hanno stipulato il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, tali tariffe sono ricondotte entro i livelli massimi stabiliti dal dm 30 giugno 1997, ad esclusione dei DRG nuovi introdotti dalla 24[^] revisione, rispetto alla 10[^] revisione.

Il presente decreto contiene i valori tariffari stabiliti con riferimento ai DRG 24[^] revisione, distintamente, come nei precedenti provvedimenti di fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, per:

- a) i ricoveri ordinari di durata superiore ad 1 giornata;
- b) i ricoveri ordinari di durata pari a 0-1 giorno di pazienti trasferiti ad altra struttura o deceduti;
- c) i ricoveri diurni (tariffa per accesso, nel caso dei DRG medici; tariffa per episodio di ricovero, per i DRG chirurgici) e i ricoveri ordinari di durata pari a 0-1 giorno di pazienti non trasferiti ad altra struttura o deceduti;
- d) le giornate di ricovero ordinario oltre valore soglia.

I valori tariffari riportati in allegato al presente decreto sono stati determinati sulla base dei risultati di uno studio nazionale per la attribuzione dei costi ospedalieri ai DRG, 24[^] revisione (descritto nella Relazione metodologica citata nelle premesse del presente decreto). I criteri per procedere alla determinazione dei costi associati ai DRG 24[^] revisione nel contesto italiano sono stati definiti e condivisi nell'ambito delle attività congiunte di due Gruppi di lavoro (Gdl) misti, Stato-Regioni, l'uno dedicato all'aggiornamento dei sistemi di classificazione delle diagnosi e procedure ICD-9-CM e DRG (2007-2008) e l'altro all'approfondimento delle tematiche relative all'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza sanitaria (2008-2011). In sintesi, tali criteri si basano su:

- ✓ l'adozione del metodo di determinazione dei costi per DRG "a cascata" ("top-down"), di attribuzione dei costi ospedalieri rilevati dai sistemi di contabilità generale e analitica esistenti e classificati per macro-voci ai ricoveri classificati per DRG 24[^] rev.;
- ✓ l'utilizzo dei dati di costo e di attività necessari a tal fine, rilevati presso un gruppo di ospedali del Ssn selezionati sulla base di criteri di efficienza, efficacia, qualità ed appropriatezza dell'assistenza erogata.

E' stato quindi definito un gruppo di 41 ospedali, pubblici e privati, distribuiti, proporzionalmente alla realtà italiana, su 3 classi di dimensione (121-350, 351-600 e oltre 600 posti-letto), provenienti dalle seguenti regioni: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Liguria, Umbria, Puglia e Sicilia. Tali ospedali sono stati selezionati, dalle rispettive Regioni, da un elenco di strutture qualificate da valori entro soglie predeterminate di un *set* di indicatori *proxy* dei criteri sopra citati; la selezione ha considerato la disponibilità di dati di costo affidabili, nonché l'aver partecipato al precedente studio ministeriale del 2008 sui costi dei DRG, per la definizione dei pesi relativi dei DRG 24[^] rev. di cui al dm 18 dicembre 2008. Ciascun ospedale selezionato ha partecipato al nuovo studio fornendo i propri dati di attività e di costo, relativi all'anno 2009, raccolti secondo una metodologia uniforme.

Tali dati sono stati quindi elaborati per calcolare il costo pieno di erogazione associato a ciascun DRG nel gruppo degli ospedali selezionati; sulla base di tali costi è stato definito, previa opportuna “normalizzazione” rispetto al totale dei ricoveri ordinari per acuti erogati nel complesso degli ospedali del Ssn nell’anno 2009, il **nuovo sistema italiano di pesi relativi associati alla revisione 24^a dei DRG**.

Sulla base di tali pesi relativi e del costo medio complessivo dei ricoveri osservato negli ospedali dello studio, normalizzato per allinearli alla casistica nazionale (in analogia alla normalizzazione operata nel calcolo del nuovo sistema italiano di pesi relativi dei DRG 24v.), sono stati determinati i **valori tariffari per DRG**, tenendo conto de:

- (i) il livello di complessità e di severità della casistica trattata nelle strutture incluse nello studio, tendenzialmente più elevato rispetto al complesso degli ospedali del Ssn;
- (ii) l’esigenza, in base alle indicazioni di programmazione sanitaria - da ultimo nel Patto per la salute 2010-2012 -, di promuovere una rilevante riduzione dei ricoveri ospedalieri inappropriati (ricovero diurno vs ricovero ordinario; presa in carico ambulatoriale vs ricovero ospedaliero);
- (iii) l’esigenza di garantire il rispetto del vincolo di bilancio e delle compatibilità macroeconomiche dettate sia dalla normativa, sia dal contesto vigente nell’attuale fase del Ssn;
- (iv) i risultati dello studio condotto dall’Ocse nel 2009-2010¹, dal quale emerge una maggiore costosità relativa dei ricoveri ospedalieri per acuti in Italia rispetto ad altri Paesi e l’indicazione, quindi, di margini di miglioramento dell’efficienza produttiva negli ospedali del Ssn;
- (v) il tipo di DRG (medico/chirurgico; “ad alto rischio di inappropriatezza”, ex elenco allegato al Patto della salute del 3 dicembre 2009; “ad alta complessità”, ex elenco Tariffa Unica Convenzionale TUC anno 2010)

Ai fini della determinazione dei valori tariffari proposti, secondo quanto stabilito dall’articolo 8-sexies, c.5, d.lgs. 502/92 e smi, si è tenuto conto anche delle tariffe vigenti a livello regionale e inter-regionale (TUC 2009-2010).

Più in particolare, si è proceduto a definire i valori tariffari **delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti**, seguendo i criteri seguenti:

- le tariffe dei ricoveri ordinari di durata superiore a 1 giorno, sono state determinate in base ai costi pieni per DRG. Fanno eccezione alcuni DRG, quali ad esempio quelli relativi ai trapianti, per i quali si è convenuto di fare riferimento ai valori della Tariffa unica convenzionale (TUC 2009), e quelli relativi all’area pediatrica, in considerazione dei riconosciuti limiti descrittivi del sistema DRG rispetto alla casistica pediatrica²;
- le tariffe dei ricoveri ordinari di 0-1 giorno di pazienti deceduti o trasferiti ad altro ospedale sono state determinate sulla base della composizione dei costi per macro-voce e delle durate di degenza medie specifiche per DRG;

¹ Cfr. F Koechlin, L Lorenzoni, P Schreyer (2010), Comparing Price Levels of Hospital Services Across Countries: Results of a Pilot Study, *OECD Health Working Paper* n. 53, Paris.
(<http://www.oecd.org/els/health/workingpapers>)

² Cfr. Progetto Mattoni, “Evoluzione del sistema DRG nazionale”.

- le tariffe dei ricoveri diurni sono state analogamente determinate sulla base della composizione dei costi per macro-voce e delle durate di degenza medie specifiche per DRG, ma escludendo le voci di costo non compatibili con i ricoveri diurni (es. costi delle terapie intensive e del pronto soccorso). In particolare:
 - le tariffe per i ricoveri attribuiti a DRG chirurgici sono state determinate sulla base del costo medio per giornata, incrementato delle componenti di costo relative all'intervento chirurgico e alle prestazioni pre e post intervento, specifici per DRG. Le tariffe non sono riportate per quei DRG chirurgici che includono ricoveri ritenuti non erogabili in regime di ricovero diurno;
 - le tariffe dei ricoveri attribuiti a DRG medici sono state determinate sulla base del costo medio per giornata, specifico per DRG;
- le tariffe per le giornate di degenza oltre valore-soglia sono state analogamente determinate sulla base della composizione dei costi e delle durate di degenza medie specifiche per DRG, escludendo alcune voci di costo remunerate dalla tariffa del ricovero entro valore soglia (es. sala operatoria), stimando il valore del costo marginale delle giornate di degenza ordinaria, specifico per DRG.

Gli effetti finanziari conseguenti all'introduzione dei nuovi valori tariffari si possono stimare valorizzando i ricoveri ospedalieri per acuti erogati dalle strutture private accreditate con il Ssn. E' infatti questa la componente di attività la cui remunerazione costituisce un costo a carico del Ssn soggetto all'impatto delle variazioni tariffarie introdotte con il presente decreto, mentre la remunerazione dei ricoveri erogati dalle strutture ospedaliere pubbliche costituisce una forma di trasferimento di risorse finanziarie tra enti del Ssn. L'aggiornamento tariffario nel settore pubblico ha un effetto neutrale ai fini dell'impatto sull'indebitamento netto della Pubblica Amministrazione, dal momento che le prestazioni vengono erogate da strutture appartenenti alla medesima Pubblica Amministrazione.

La **tabella 1** illustra, a livello regionale, la composizione e la valorizzazione con le tariffe fissate nel presente decreto dei ricoveri ospedalieri per acuti, ordinari e diurni, classificati con i DRG 24^a rev., erogati nel 2010 (anno più recente per il quale si dispone di dati completi sui ricoveri ospedalieri) dall'insieme delle strutture private accreditate (Policlinici a gestione diretta di Università non statali, IRCCS privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate).

Una valutazione comparativa diretta delle nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti fissate nel presente decreto, rispetto alle tariffe precedentemente vigenti a livello nazionale, non risulta effettuabile, a causa delle modifiche intervenute nel sistema di riferimento utilizzato per classificazione dei ricoveri stessi; le tariffe ospedaliere fissate nel dm 30 giugno 1997 fanno riferimento alla revisione 10^a dei DRG, in vigore nel Ssn dal 1994 fino al 2005 e non più utilizzabile per classificare i ricoveri nazionali.

Una valutazione comparativa può farsi, tuttavia, con riferimento alle tariffe in vigore a livello regionale: la **tabella 2** confronta le valorizzazioni dei ricoveri illustrate in tabella 1 con le valorizzazioni basate sulle tariffe regionali vigenti nel 2010, per le regioni per le quali queste sono disponibili a livello nazionale (fonte Agenas). Sebbene non sia possibile trarne una stima dell'impatto finanziario atteso del presente decreto, stante la diversa natura delle tariffe confrontate, la tabella indica come i nuovi valori tariffari nazionali appaiano nel complesso sostenibili; gli scostamenti diversificati a livello locale riflettono, infatti, politiche tariffarie regionali (che possono ricomprendere anche classi tariffarie legate alla diversa complessità organizzativa e di attività degli erogatori), casistiche trattate dalle strutture private accreditate e quote di ricoveri inappropriati diversificate, tutti aspetti modificabili da parte delle regioni, ai fini del rispetto delle indicazioni programmatiche e dei vincoli di bilancio vigenti.

Tab. 1- Composizione delle attività di ricovero e dei corrispondenti costi stimati sulla base delle tariffe proposte per i DRG 24[^] rev. Strutture ospedaliere private accreditate- Italia, Anno 2010.

Regione	Ricoveri Acuti ORDINARI				Ricoveri Acuti DIURNI				Ricoveri Acuti TOTALI					
	N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)	N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)	N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)	N. dimessi	N. giornate	Valorizzazione con Tariffe Nuove (euro)	% valor.ne	% dimessi
010 Piemonte	72.736	301.611	260.908.264	27.599	57.872	33.630.468	100.335	359.483	294.538.732	100.335	359.483	294.538.732	4,6%	4,3%
030 Lombardia	368.207	2.004.169	1.448.159.044	77.683	182.004	79.429.611	445.890	2.186.173	1.527.588.655	445.890	2.186.173	1.527.588.655	23,8%	19,1%
041 P.A. Bolzano	1.390	16.511	3.968.438	248	248	348.349	1.638	16.759	4.316.788	1.638	16.759	4.316.788	0,1%	0,1%
042 P.A. Trento	5.459	31.693	15.156.542	4.110	4.594	5.064.433	9.569	36.287	20.220.975	9.569	36.287	20.220.975	0,3%	0,4%
050 Veneto	74.550	584.453	293.506.905	45.333	83.142	61.339.784	119.883	667.595	354.846.689	119.883	667.595	354.846.689	5,5%	5,1%
060 Friuli V. G.	10.215	59.559	32.762.976	8.462	11.353	12.496.744	18.677	70.912	45.259.720	18.677	70.912	45.259.720	0,7%	0,8%
070 Liguria	19.848	149.470	81.319.065	17.718	48.488	16.409.601	37.566	197.958	97.728.666	37.566	197.958	97.728.666	1,5%	1,6%
080 Emilia R.	82.184	392.532	302.007.655	30.750	45.976	42.797.507	112.934	438.508	344.805.162	112.934	438.508	344.805.162	5,4%	4,8%
090 Toscana	35.948	210.266	168.855.046	14.761	32.849	19.565.286	50.709	243.115	188.420.333	50.709	243.115	188.420.333	2,9%	2,2%
100 Umbria	5.936	18.811	21.002.872	3.975	3.975	5.223.645	9.911	22.786	26.226.517	9.911	22.786	26.226.517	0,4%	0,4%
110 Marche	20.210	95.893	59.353.552	11.522	12.720	13.502.827	31.732	108.613	72.856.379	31.732	108.613	72.856.379	1,1%	1,4%
120 Lazio	293.626	1.890.808	1.027.009.196	206.753	488.044	138.965.616	500.379	2.378.852	1.165.974.812	500.379	2.378.852	1.165.974.812	18,2%	21,5%
130 Abruzzo	23.519	139.922	85.279.890	9.380	14.242	12.135.625	32.899	154.164	97.415.515	32.899	154.164	97.415.515	1,5%	1,4%
140 Molise	13.793	83.055	61.626.732	7.216	17.326	6.323.279	21.009	100.381	67.950.012	21.009	100.381	67.950.012	1,1%	0,9%
150 Campania	237.062	969.641	655.806.776	98.908	265.813	93.328.913	335.970	1.235.454	749.135.690	335.970	1.235.454	749.135.690	11,7%	14,4%
160 Puglia	178.408	942.742	619.376.481	50.060	79.872	36.242.053	228.468	1.022.614	655.618.533	228.468	1.022.614	655.618.533	10,2%	9,8%
170 Basilicata	1.761	6.821	5.733.481			-	1.761	6.821	5.733.481	1.761	6.821	5.733.481	0,1%	0,1%
180 Calabria	42.511	244.874	144.661.098	10.635	13.724	10.880.465	53.146	258.598	155.541.563	53.146	258.598	155.541.563	2,4%	2,3%
190 Sicilia	120.903	706.087	403.750.857	57.085	86.353	48.507.768	177.988	792.440	452.258.625	177.988	792.440	452.258.625	7,1%	7,6%
200 Sardegna	22.574	130.118	61.137.502	16.691	20.228	18.985.038	39.265	150.346	80.122.539	39.265	150.346	80.122.539	1,3%	1,7%
Totale	1.630.840	8.979.036	5.751.382.372	698.889	1.468.823	655.177.013	2.329.729	10.447.859	6.406.559.386	2.329.729	10.447.859	6.406.559.386	100%	100%
	70,0%	85,9%	89,8%	30,0%	14,1%	10,2%	100%	100%	100%	100%	100%	100%		

N.B.: esclusi i "neonati sani" dimessi dal Nido (87.896 ricoveri ordinari, per 48.916.560 euro; 8 ricoveri diurni, per errore di codifica)

Tab. 2.- Confronto tra valorizzazione dei ricoveri ospedalieri per acuti con tariffe regionali vigenti e con tariffe nazionali proposte. Strutture ospedaliere private accreditate (anno 2010).

regione	1 Ricoveri Acuti Ordinari				2 Ricoveri Acuti Diurni				Ricoveri totali acuti			
	Valoriz.ne con Tariffe Reg.li (euro)	Valoriz.ne con Tariffe Nuove (euro)	diff.	diff. %	Valoriz.ne con Tariffe Reg.li (euro)	Valoriz.ne con Tariffe Nuove (euro)	diff.	diff. %	Valoriz.ne con Tariffe Reg.li (euro)	Valoriz.ne con Tariffe Nuove (euro)	diff. Tariffe vs Tariff. Regionali	diff. %
030 LOMBARDIA	1.509.360.105	1.448.159.044	61.201.061	-4,1%	95.125.917	79.429.611	15.696.306	-16,5%	1.604.486.022	1.527.588.655	- 76.897.367	-4,8%
042 PA TRENTO	22.396.164	15.156.542	7.239.622	-32,3%	6.366.865	5.064.433	1.302.432	-20,5%	28.763.029	20.220.975	- 8.542.054	-29,7%
050 VENETO	328.642.397	293.506.905	35.135.492	-10,7%	85.072.717	61.339.784	23.732.933	-27,9%	413.715.114	354.846.689	- 58.868.425	-14,2%
060 FRIULI VG	45.414.796	32.762.976	12.651.820	-27,9%	23.749.480	12.496.744	11.252.736	-47,4%	69.164.276	45.259.720	- 23.904.556	-34,6%
070 LIGURIA	83.009.519	81.319.065	1.690.454	-2,0%	13.690.781	16.409.601	2.718.820	19,9%	96.700.300	97.728.666,41	1.028.366	1,1%
080 EMILIA R	318.441.499	302.007.655	16.433.844	-5,2%	61.719.973	42.797.507	18.922.466	-30,7%	380.161.472	344.805.162	- 35.356.310	-9,3%
090 TOSCANA	179.163.206	168.855.046	10.308.160	-5,8%	24.195.269	19.565.286	4.627.983	-19,1%	203.356.475	188.420.333	- 14.936.142	-7,3%
100 UMBRIA	33.334.584	21.002.872	12.331.712	-37,0%	9.337.738	5.223.645	4.114.093	-44,1%	42.672.322	26.226.517	- 16.445.805	-38,5%
110 MARCHE	65.381.916	59.353.552	6.028.364	-9,2%	15.170.167	13.502.827	1.667.340	-11,0%	80.552.083	72.856.379	- 7.695.704	-9,6%
120 LAZIO	1.033.390.405	1.027.009.196	6.381.209	-0,6%	125.606.324	138.965.616	13.359.292	10,6%	1.158.996.729	1.165.974.812	6.978.083	0,6%
130 ABRUZZO	77.340.955	85.279.890	7.938.935	10,3%	8.522.898	12.135.625	3.612.727	42,4%	85.863.853	97.415.515,37	11.551.662	13,5%
140 MOLISE	55.147.366	61.626.732	6.479.366	11,7%	6.542.752	6.323.279	219.472	-3,4%	61.690.118	67.950.012	6.259.894	10,1%
150 CAMPANIA	698.385.997	655.806.776	42.579.221	-6,1%	104.426.471	93.328.913	11.097.558	-10,6%	802.812.468	749.135.690	- 53.676.778	-6,7%
160 PUGLIA	633.809.846	619.376.481	14.433.365	-2,3%	31.370.295	36.242.053	4.871.758	15,5%	665.180.141	655.618.533	- 9.561.608	-1,4%
170 BASILICATA	5.591.960	5.733.481	141.521	2,5%					5.591.960	5.733.481	141.521	2,5%
180 CALABRIA	141.313.321	144.661.098	3.347.776	2,4%	8.085.416	10.880.465	2.794.050	34,6%	149.399.737	155.541.563	6.141.826	4,1%
200 SARDEGNA	60.734.640	61.137.502	402.862	0,7%	21.038.731	18.985.038	2.053.693	-9,8%	81.773.371	80.122.539	- 1.650.832	-2,0%

1.B. RICOVERI PER RIABILITAZIONE

Alla luce dei risultati dell'analisi comparativa svolta dei tariffari regionali vigenti, che ha evidenziato una elevata eterogeneità nella definizione sia delle prestazioni sia dei corrispondenti valori tariffari, e dei limitati dati disponibili sui costi dei ricoveri di riabilitazione, sono stati individuati i criteri per l'aggiornamento del tariffario nazionale di cui al presente decreto.

1.B.1 RICOVERI ORDINARI DI RIABILITAZIONE

La normativa nazionale vigente prevede una specifica tariffa giornaliera per ogni MDC, senza ulteriori distinzioni, né per le Unità operative dove la prestazione viene erogata, né per i ricoveri diurni; il valore soglia oltre il quale procedere all'abbattimento tariffario è unico per le varie MDC ed è fissato al 60° giorno di degenza, oltre il quale la remunerazione giornaliera è decurtata del 40%. Tale valore soglia non si applica ai ricoveri nelle Unità operative con codice 75 (neuro-riabilitazione) e codice 28 (unità spinali).

Con il presente decreto, si dispone di:

1. mantenere il valore soglia di 60 gg. stabilito dalla normativa vigente, per la MDC1;
2. abbassare il valore soglia a 40 gg. per la MDC 8;
3. abbassare il valore soglia a 30 gg. per le restanti MDC;
4. confermare l'abbattimento tariffario del 40% oltre i predetti valori soglia;
5. confermare la mancata applicazione dell'abbattimento oltre valore soglia delle tariffe giornaliere per i dimessi dai reparti con codice 28 e 75;
6. incrementare da 261,87 euro a 470,00 euro la remunerazione giornaliera per i ricoveri di pazienti caratterizzati da esigenze assistenziali elevate, senza prevedere alcun abbattimento tariffario. Sulla base della analisi delle delibere regionali e delle "Linee guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione del 6 maggio 1998", nonché del documento "Piano di indirizzo per la riabilitazione" di cui all'accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni del 10 febbraio 2012, è stata individuata la definizione delle caratteristiche cliniche dei pazienti, i cui ricoveri sono classificati nella MDC1 laddove dimessi dai reparti con codice 28 e 75, in favore dei quali viene erogata una assistenza riabilitativa ad elevato livello di complessità.

Gli effetti finanziari connessi alle suddette disposizioni si possono stimare per confronto tra valorizzazione delle giornate di ricovero di riabilitazione erogate con le tariffe nazionali vigenti e valorizzazione con le nuove tariffe, con riferimento alla casistica nazionale trattata nel 2010 nelle strutture private accreditate (IRCCS privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate, Policlinici a gestione diretta di Università non statali). Il risultato di tale confronto, illustrato nella **tabella 3.1.**, indica un **incremento** a livello nazionale di circa l'**1,6%**, pari a circa 24 mln di euro.

1.B.2 RICOVERI DIURNI DI RIABILITAZIONE (DH)

A normativa vigente, le tariffe per giornate di degenza in regime di ricovero per la riabilitazione non distinguono la diversa tipologia di ricoveri: ciclo diurno e regime ordinario.

Con il presente provvedimento si prevede l'introduzione di una tariffa specifica per la remunerazione dei ricoveri diurni di riabilitazione:

- fissata pari alla corrispondente tariffa giornaliera dei ricoveri ordinari abbattuta del 20%, in analogia alle modalità di remunerazione delle giornate di accesso in *day hospital* riabilitativo (reparti con codice 56) concordate dalle Regioni nell'ambito della Tariffa Unica Convenzionale;
- abbattuta di un ulteriore 40% per le giornate di degenza oltre il valore soglia fissato a livello regionale, in analogia a quanto previsto per i ricoveri ordinari.

Anche in questo caso, gli effetti finanziari connessi all'applicazione delle suddette disposizioni si possono stimare per confronto tra valorizzazione degli accessi di *Day Hospital* di riabilitazione erogati con le tariffe nazionali vigenti (dei ricoveri ordinari) e valorizzazione con le nuove tariffe, con riferimento alla casistica nazionale trattata nel 2010 nelle strutture private accreditate. Il risultato a livello nazionale di tale confronto, illustrato nella **tabella 3.2.**, indica un **decremento** di circa il **18%**, pari a circa 22 mln di euro.

Tab. 3 - Valorizzazione dei ricoveri di riabilitazione ospedaliera, per tipo di ricovero e per regione: confronto tra tariffe vigenti e nuove tariffe. Strutture ospedaliere private accreditate. Italia, anno 2010 (euro)

Tab. 3.1 - Ricoveri ordinari di riabilitazione

tipo ricovero		Ricoveri Ordinari						
regione	Tot. Giornate Ric Ord	Tot dimessi Ric Ord	Valorizz.ne Tar Naz.li vigenti	Valorizz.ne - Nuove Tar Naz.li	diff.za	diff.za %		
010 PIEMONTE	934.391	30.913	209.113.460	207.246.043	- 1.867.417	-0,9%		
020 V AOSTA	12.549	498	3.015.614	3.133.726	118.112	3,9%		
030 LOMBARDIA	1.721.031	69.791	414.826.861	427.032.523	12.205.662	2,9%		
041 PA BOLZANO	42.066	1.771	10.406.911	10.813.328	406.416	3,9%		
042 PA TRENTO	90.120	4.761	22.031.319	22.366.521	335.202	1,5%		
050 VENETO	347.061	13.746	84.592.472	86.849.775	2.257.302	2,7%		
060 FRIULI VG	24.675	1.013	5.774.186	5.917.591	143.406	2,5%		
070 LIGURIA	59.805	3.424	14.470.281	14.792.143	321.862	2,2%		
080 EMILIA R	325.097	13.168	74.832.673	75.475.333	642.660	0,9%		
090 TOSCANA	167.484	7.413	41.070.589	42.665.175	1.594.586	3,9%		
100 UMBRIA	8.139	597	1.927.202	2.004.200	76.997	4,0%		
110 MARCHE	78.739	2.351	18.673.713	20.334.946	1.661.233	8,9%		
120 LAZIO*	1.116.183	28.835	270.956.643	273.928.446	2.971.803	1,1%		
130 ABRUZZO	110.259	3.956	27.175.939	27.969.914	793.975	2,9%		
140 MOLISE	41.980	1.261	10.623.325	10.864.771	241.446	2,3%		
150 CAMPANIA	373.545	9.495	91.544.681	92.108.084	563.403	0,6%		
160 PUGLIA	322.625	14.015	75.778.269	76.295.364	517.095	0,7%		
170 BASILICATA	20.185	580	4.907.536	4.974.069	66.533	1,4%		
180 CALABRIA	147.995	4.180	35.067.639	35.371.636	303.997	0,9%		
190 SICILIA	250.243	8.492	61.111.064	61.510.745	399.681	0,7%		
200 SARDEGNA	30.895	1.605	7.442.404	7.649.258	206.854	2,8%		
Totale	6.225.067	221.865	1.485.342.782	1.509.303.589	23.960.808	1,6%		

Tab. 3.2 – Ricoveri di riabilitazione diurni e totali

tipo ricovero	Ricoveri Diurni (DH)						Ricoveri totali _ Riabilitazione			
	Tot giornate DH	Tot dimessi DH	Valorizz.ne _ Tar Naz vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar	diff.za	diff.za %	Valorizz.ne _ Tar Naz vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar	diff.za	diff.za %
010 PIEMONTE	24.113	978	5.944.181	4.901.061	- 1.043.120	-17,5%	215.057.642	212.147.104	- 2.910.537	-1,4%
020 V AOSTA	9	1	2.133	1.778	- 356	-16,7%	3.017.748	3.135.504	117.757	3,9%
030 LOMBARDIA	135.530	8.789	32.593.708	26.600.780	- 5.992.928	-18,4%	447.420.569	453.633.303	6.212.734	1,4%
041 PA BOLZANO							10.406.911	10.813.328	406.416	3,9%
042 PA TRENTO							22.031.319	22.366.521	335.202	1,5%
050 VENETO	91.030	7.021	20.744.666	16.715.284	- 4.029.382	-19,4%	105.337.139	103.565.059	- 1.772.080	-1,7%
060 FRIULI VG							5.774.186	5.917.591	143.406	2,5%
070 LIGURIA	1.758	209	407.671	334.445	- 73.226	-18,0%	14.877.953	15.126.588	248.635	1,7%
080 EMILIA R	14.927	789	3.212.326	2.457.197	- 755.129	-23,5%	78.044.999	77.932.529	- 112.470	-0,1%
090 TOSCANA	10.957	785	2.676.890	2.217.187	- 459.704	-17,2%	43.747.480	44.882.362	1.134.882	2,6%
100 UMBRIA							1.927.202	2.004.200	76.997	4,0%
110 MARCHE							18.673.713	20.334.946	1.661.233	8,9%
120 LAZIO*	159.779	10.764	38.786.813	32.073.581	- 6.713.232	-17,3%	309.743.456	306.002.027	- 3.741.429	-1,2%
130 ABRUZZO	2.146	64	527.574	433.716	- 93.859	-17,8%	27.703.514	28.403.630	700.116	2,5%
140 MOLISE							10.623.325	10.864.771	241.446	2,3%
150 CAMPANIA	48.545	1.715	11.767.103	9.470.651	- 2.296.452	-19,5%	103.311.783	101.578.735	- 1.733.049	-1,7%
160 PUGLIA	1.093	284	259.096	215.881	- 43.215	-16,7%	76.037.365	76.511.245	473.880	0,6%
170 BASILICATA	979	41	233.311	194.397	- 38.915	-16,7%	5.140.847	5.168.465	27.618	0,5%
180 CALABRIA	2.750	170	639.584	520.501	- 119.082	-18,6%	35.707.223	35.892.137	184.914	0,5%
190 SICILIA	11.430	459	2.827.693	2.250.230	- 577.463	-20,4%	63.938.757	63.760.975	- 177.782	-0,3%
200 SARDEGNA							7.442.404	7.649.258	206.854	2,8%
Totale complessivo	505.046	32.069	120.622.752	98.386.688	- 22.236.064	-18,4%	1.605.965.533	1.607.690.277	1.724.744	0,1%
*Lazio: valorizzazione DH con tariffe naz.li vigenti stimata con tariffa media dei Ricoveri Ordinari										
	345.267	21.305	81.835.939	66.313.107	-15.522.832	-19,0%	1.296.222.078	1.301.688.250	5.466.172	0,4%
valori senza Lazio										

1.C. RICOVERI PER LUNGODEGENZA POST-ACUZIE

La normativa vigente prevede per il settore della lungodegenza una specifica tariffa giornaliera per ogni MDC, senza ulteriori distinzioni; il valore soglia oltre il quale procedere all'abbattimento tariffario, del 30%, è unico per le varie MDC ed è fissato al 60° giorno di degenza.

Il presente decreto dispone di:

1. incrementare la tariffa giornaliera, portandola a **€ 154**, valore intermedio tra quelli adottati dalle Regioni incluse nella ricognizione tariffaria;
2. incrementare l'**abbattimento tariffario** per le giornate di degenza oltre il vigente valore soglia di 60 gg. dal 30% al 40%, al fine di promuovere l'appropriatezza dei ricoveri e i processi di de-ospedalizzazione;
3. individuare una tariffa specifica per i ricoveri di **pazienti in stato vegetativo** o in stato di coscienza minima, che richiedono un elevato livello assistenziale, stabilita pari a **€ 262** per giornata. Per i ricoveri di questi pazienti non sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata di ricovero.

Come per la riabilitazione ed il settore ospedaliero in genere, gli effetti finanziari conseguenti alla sopradescritta modifica si possono stimare per confronto tra valorizzazione delle giornate di ricovero di lungodegenza erogate con le tariffe nazionali vigenti e valorizzazione con le nuove tariffe, con riferimento alla casistica nazionale trattata nel 2010 nelle strutture private accreditate (IRCCS privati, Ospedali classificati, Istituti qualificati presidi USL, Enti di ricerca, Case di cura private accreditate, Policlinici a gestione diretta di Università non statali). Il risultato di tale confronto indica un **incremento** complessivo di circa il **13%**, pari a circa 32 mln di euro, di cui circa 25 ascrivibili ai punti 1 e 2 e circa 7 al punto 3, come illustrato, rispettivamente, nelle tabelle 4 e 5. di

La **tabella 4** illustra, per regione, la casistica trattata in regime di lungodegenza ospedaliera nel 2010 nelle strutture private accreditate e la rispettiva valorizzazione con le nuove tariffe di cui al presente decreto e con le tariffe vigenti (**punti 1 e 2**).

La **tabella 5** illustra la procedura di stima dell'impatto, distribuito tra regioni, dell'introduzione della tariffa maggiorata per i pazienti in coma vegetativo ricoverati nelle strutture di lungodegenza ospedaliera, con una durata media di degenza ipotizzata pari a 240 giornate (**punto 3**).

Tab. 4 - Valorizzazione dei ricoveri di lungodegenza ospedaliera, per regione: confronto tra tariffe vigenti e nuove tariffe. Strutture private accreditate. Italia, anno 2010 (euro)

Regioni	Tot. Giornate _ Ric Ord	Tot dimessi _ Ric Ord	Valorizz.ne _ Tar Naz vigenti	Valorizz.ne _ Nuove Tar	diff.za	diff.za %	
010	PIEMONTE	299.184	6.541	39.358.053	43.250.346	3.892.293	9,9%
030	LOMBARDIA	157.980	5.633	21.631.921	24.102.663	2.470.742	11,4%
041	PA BOLZANO	36.380	1.313	4.995.755	5.571.720	575.965	11,5%
042	PA TRENTO	83.655	2.244	11.392.058	12.669.734	1.277.676	11,2%
050	VENETO	27.819	1.130	3.800.634	4.231.520	430.885	11,3%
060	FRIULI VG	749	31	101.459	112.636	11.176	11,0%
080	EMILIA R	309.034	12.106	42.091.681	46.815.384	4.723.703	11,2%
090	TOSCANA	75.976	2.361	10.239.008	11.346.905	1.107.897	10,8%
110	MARCHE	56.014	1.647	7.597.684	8.438.399	840.715	11,1%
120	LAZIO	334.590	7.975	43.608.885	47.762.792	4.153.907	9,5%
130	ABRUZZO	11.218	376	1.544.782	1.724.492	179.710	11,6%
150	CAMPANIA	295.339	7.011	39.308.054	43.373.268	4.065.214	10,3%
170	BASILICATA	6.031	145	824.499	918.179	93.679	11,4%
180	CALABRIA	40.764	1.384	5.432.108	5.996.452	564.344	10,4%
190	SICILIA	13.955	528	1.918.836	2.141.000	222.165	11,6%
200	SARDEGNA	27.687	976	3.807.336	4.248.275	440.939	11,6%
Totale		1.776.375	51.401	237.652.753	262.703.764	25.051.011	10,5%

Tab. 5 - Stima dell'impatto delle nuove tariffe dei ricoveri di pazienti in stato di coma vegetativo nei reparti di lungodegenza ospedaliera, per regione. Strutture private accreditate. Italia, anno 2010.

regione	Dimessi tot. LgDeg.za (cod 60)	Stima casi di COMA veg.vo (0,5%)	Stima Giornate di degenza dei casi di COMA veg.vo (240gg/caso)	Stima di incremento Valorizz.ne (€)	
010	PIEMONTE	6.541	34	8.100	874.840
030	LOMBARDIA	5.633	29	6.976	753.398
041	PA BOLZANO	1.313	7	1.626	175.610
042	PA TRENTO	2.244	12	2.779	300.129
050	VENETO	1.130	6	1.399	151.134
060	FRIULI VG	31	0	38	4.146
080	EMILIA R	12.106	62	14.992	1.619.144
090	TOSCANA	2.361	12	2.924	315.777
110	MARCHE	1.647	8	2.040	220.282
120	LAZIO	7.975	41	9.876	1.066.634
130	ABRUZZO	376	2	466	50.289
150	CAMPANIA	7.011	36	8.682	937.702
170	BASILICATA	145	1	180	19.393
180	CALABRIA	1.384	7	1.714	185.106
190	SICILIA	528	3	654	70.619
200	SARDEGNA	976	5	1.209	130.537
totale	51.401	265	63.655	6.874.740	

1.D. IMPATTO FINANZIARIO COMPLESSIVO OSPEDALIERA

Una valutazione puntuale dell'impatto finanziario complessivo dell'applicazione delle nuove tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera definite dal presente decreto sui livelli di spesa per l'acquisto delle prestazioni dagli erogatori privati accreditati risulta ostacolata dalla eterogeneità dei valori e dei contesti locali di riferimento.

Da un lato, infatti, come illustrato nei paragrafi precedenti, le valutazioni comparative tra valorizzazioni dei ricoveri ospedalieri erogati possono farsi, rispetto alle tariffe regionali vigenti, per gli acuti, e rispetto alle tariffe nazionali vigenti, per i post-acuti; i risultati dei confronti, peraltro incompleti per i ricoveri ospedalieri per acuti, non sono quindi sommabili, ma sono tuttavia indicativi di una sostanziale complessiva sostenibilità dell'impatto delle nuove tariffe.

Dall'altro lato, l'impatto dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni non può correttamente e completamente valutarsi senza tenere conto delle modalità con le quali le tariffe sono utilizzate, in funzione delle regole per la remunerazione degli erogatori privati accreditati definite a livello regionale. Tali regole, che agiscono in senso opposto sul costo di acquisto delle prestazioni e con intensità diversa tra regioni, riguardano essenzialmente:

- (i) le *maggiorazioni* riconosciute ad alcune categorie di ospedali privati e il *finanziamento delle funzioni assistenziali* in aggiunta alla valorizzazione dei ricoveri erogati;
- (ii) la previsione di *fasce tariffarie* distinte per classi di erogatori (che in molte regioni portano all'applicazione di tariffe inferiori a quelle massime nei confronti degli erogatori privati e, in particolare, nei confronti delle case di cura accreditate);
- (iii) l'applicazione di *abbattimenti progressivi* sulle remunerazioni delle prestazioni erogate oltre i budget/tetti stabiliti preventivamente con gli erogatori.

Le informazioni disponibili non consentono una ricostruzione completa e puntuale dell'impatto specifico di tali regole a livello regionale, rappresentato in termini cumulativi nei dati di bilancio. Infatti, le voci B021955 e B02220 dei flussi contabili CE, relativi all'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera da privati, sommano gli effetti dell'applicazione delle tariffe ai ricoveri erogati e dell'applicazione delle regole. Pertanto, l'impatto specifico degli uni e degli altri effetti non è stimabile. Una valutazione di compatibilità complessiva delle nuove tariffe nazionali definite nel presente decreto ministeriale è possibile, tuttavia, confrontando la corrispondente valorizzazione totale dei ricoveri ospedalieri erogati dalle strutture private accreditate con i costi complessivamente sostenuti per l'acquisto delle prestazioni dalle stesse strutture: i dati relativi all'anno 2010 indicano, a livello nazionale, uno scostamento negativo del 7% (corrispondente a circa euro 624 mln).

In conclusione, alla luce di quanto fin qui illustrato e in considerazione della rilevanza dell'impatto della presenza di budget predeterminati, che stabiliscano preventivamente i livelli e la composizione appropriati delle attività ospedaliere da acquistare presso gli erogatori privati accreditati ed i corrispondenti livelli di spesa, si ritiene garantita la neutralità dell'impatto finanziario delle nuove tariffe ospedaliere.

2. ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Con il presente decreto, si procede all'aggiornamento delle tariffe nazionali massime delle prestazioni incluse nel nomenclatore 1996, di cui ai decreti ministeriali 7 novembre 1991 e 22 luglio 1996, nelle more dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del DPCM di definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea), contenente la definizione del nuovo nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

In osservanza di quanto stabilito dall'articolo 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 502/92 e s.m.i., ai fini dell'aggiornamento delle tariffe si è ritenuto di utilizzare i dati sui costi già disponibili forniti dalle Regioni e i risultati dell'analisi della variabilità tariffaria regionale.

a) I dati di costo messi a disposizione dalle Regioni fanno riferimento ad anni, a metodologie di calcolo e a settori diversi della specialistica ambulatoriale (in maniera spesso parziale, provenendo generalmente da studi campionari o svolti *ad hoc*), come emerge dal riepilogo di seguito riportato delle evidenze raccolte e delle rispettive fonti:

- i. Laboratorio: studi sui costi di tutte le prestazioni svolti con il metodo "Costilab" nelle Regioni Umbria (anno 2007) e Toscana (2004); studio svolto secondo il metodo Activity Based Costing nella Ausl di Cuneo, Piemonte (anno 2008); studio sui costi di tutte le prestazioni di laboratorio (ad eccezione di quelle svolte dal servizio immunotrasfusionale e di quelle di anatomia patologica) in un campione di strutture pubbliche e private accreditate in Veneto secondo una metodologia di *step-down cost accounting* (Anno 2007), condotto dalla Università Bocconi e reso disponibile dalla Regione Veneto.
- ii. Risonanze Magnetiche: studi sui costi di alcune prestazioni svolti in un campione ristretto di Ausl della Toscana (Pisa, anno 2003-2004), del Veneto (Thiene, anno 2008), del Piemonte (Cuneo e Alba, anno 2008) e del Friuli (Azienda ospedaliera Cattinara, Trieste; e presidi ospedalieri di San Vito, Palmanova e Tolmezzo, anno 2006) effettuati
- iii. TAC: studi sui costi di alcune prestazioni svolti in un campione ristretto di Ausl della Toscana (anno 2003-2004), del Veneto (2008), e del Piemonte (2008) e del Friuli (2007).
- iv. Ecografie: studi sui costi di alcune prestazioni svolti in un campione ristretto di Ausl della Toscana (anno 2003-2004), del Veneto (2008) e del Friuli Venezia Giulia (anno 2006).
- v. Radioterapia: studio sulle relatività tra costi delle prestazioni svolto in Emilia Romagna (anno 2004); proposte tariffarie Liguria (Azienda ospedaliera S. Martino, Genova, anno 2008).
- vi. Endoscopie : studi sui costi di alcune prestazioni prodotti dalla Società scientifica e messi a disposizione dalla Campania (anni 2005-2007).
- vii. Dialisi: studio del Censis sulle caratteristiche dell'offerta di assistenza ai malati di insufficienza renale cronica (anno 2008).

b) L'analisi della variabilità tariffaria regionale è stata effettuata con riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica incluse nel dm 1996 e alle rispettive tariffe nazionali e regionali vigenti, classificate secondo la classificazione in tre livelli in uso nella Regione Emilia Romagna, ritenuta più adeguata rispetto alla classificazione in branche specialistiche. In particolare, al primo livello, tale classificazione distingue le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale in 5 categorie: diagnostica, laboratorio, riabilitazione, terapeutiche, visite; per ciascuna categoria, il secondo livello distingue quindi da un minimo di 2 ad un massimo di 9 classi; per ciascuna di tali classi, il terzo livello distingue da un minimo di 1 ad un massimo di 5 raggruppamenti³.

³ La classificazione proposta dalla Regione Emilia Romagna si basa sulla tipologia delle prestazioni, superando la distinzione iniziale in branche e si sostanzia nel seguente albero di classificazione delle prestazioni:

L'approfondita analisi delle politiche tariffarie regionali ha evidenziato come l'ampia variabilità esistente riguardi non soltanto i livelli tariffari, ma anche la definizione stessa delle prestazioni incluse nei nomenclatori tariffari regionali.

I° Livello	2° Livello	3° Livello	
V – Visite	V1 - Prima Visita	V10 - Prima Visita	
	V2 - Visita di Controllo	V20 - Visita di Controllo	
	V3 - Osservazione Breve Intensiva	V30 - Osservazione Breve Intensiva	
L- Laboratorio		L11 - Prelievo Sangue Venoso	
		L12 - Prelievo Sangue Arterioso	
		L13 - Prelievo Sangue Capillare	
		L14 - Prelievo Microbiologico	
		L15 - Prelievo Citologico	
		L21 - Chimica Clinica Di Base	
		L29 - Chimica Clinica	
		L31 - Ematologia/Coagulazione Di Base	
		L39 - Ematologia/Coagulazione	
		L41 - Immunoematologia e Trasfusionale Di Base	
		L49 - Immunoematologia e Trasfusionale	
		L51 - Microbiologia/Virologia Di Base	
		L59 - Microbiologia/Virologia	
		L60 - Anatomia Ed Istologia Patologica	
		L70 - Genetica/Citogenetica	
D – Diagnostica	D1 - Diagnostica con Radiazioni	D11 - Radiologia tradizionale RX	
		D12 – Tac	
		D13 - Diagnostica Vascolare	
		D14 - Medicina Nucleare	
	D2 -Diagnostica senza radiazioni	D21 – Ecografia	
		D22 – Ecocolordoppler	
		D23 – Elettromiografia	
		D24 – Endoscopia	
		D25 – RM	
		D29 - Altra diagnostica strumentale	
		D3 – Biopsia	D30 – Biopsia
		D9 - Altra Diagnostica	D90 - Altra diagnostica strumentale
T – Terapeutiche	T1 – Radioterapia	T10 – Radioterapia	
	T2 – Dialisi	T20 – Dialisi	
	T3 – Odontoiatria	T30 – Odontoiatria	
	T4 – Trasfusioni	T40 – Trasfusioni	
	T5 - Chirurgia Ambulatoriale	T50 - Chirurgia Ambulatoriale	
	T9 - Altre prestazioni terapeutiche	T90 - Altre prestazioni terapeutiche	
R – Riabilitazione	R1 – Diagnostiche	R10 – Diagnostiche	
	R2 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.le	R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.	
	R3 - Terapia Fisica	R31 - Terapia Fisica	
	R9 - Altra Riabilitazione	R90 - Altra Riabilitazione	

L'analisi ha confermato, inoltre, come le logiche di revisione tariffaria seguite a livello regionale non siano strettamente ed unicamente correlate ad analisi dei costi, ma anche a:

- ↳ scelte di politica sanitaria regionale di perseguimento di obiettivi di incentivo/disincentivo dell'erogazione di determinate categorie di prestazioni (ad esempio, tipicamente, per favorire il passaggio della erogazione di alcune procedure, chirurgiche e non, dal *setting* ospedaliero a quello ambulatoriale, al fine di migliorare l'appropriatezza nell'uso delle più costose strutture ospedaliere);
- ↳ esiti di negoziazioni con categorie di professionisti e di erogatori;
- ↳ entità delle risorse rese disponibili dalle scelte allocative regionali per questo settore di attività assistenziale.

Alla luce di queste considerazioni e dei risultati delle analisi dei dati sopra esposti, è stato elaborato l'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale incluse nei Lea, così come elencate nel nomenclatore ex dm 22 luglio 1996. L'aggiornamento è stato operato con riferimento alle classi di prestazioni definite dal terzo livello della sopra citata classificazione adottata dal Gdl, rimodulando gli importi tariffari definiti nel dm 22 luglio 1996 per alcuni dei gruppi omogenei delle prestazioni individuate, come illustrato nello schema seguente.

Livelli Classificazione FA-RE	variazioni % medie vs TARIFFA DM 1996
D12 - TAC	-10%
D24 - ENDOSCOPIA	37,81%
D25 - RM	-25%
D30 - BIOPSIA	39,46%
T10 - RADIOTERAPIA	25%
T50 - CHIRURGIA AMB.	20%
L12 - PRELIEVO SANGUE ARTERIOSO	10,76%
L13 - PRELIEVO SANGUE CAPILLARE	171,32%
L15 - PRELIEVO CITOLOGICO	59,69%
L21 - CHIMICA CLINICA DI BASE	-16,4%
L29 - CHIMICA CLINICA	10,13%
L31 - EMATOLOGIA/COAGULAZIONE DI BASE	16,36%
L39 - EMATOLOGIA/COAGULAZIONE	5,14%
L51 - MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA DI BASE	28,67%
L59 - MICROBIOLOGIA/VIROLOGIA	6,5%
L70 - GENETICA/CITOGENETICA	4,57%

I valori tariffari definiti con il presente provvedimento, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale inserite nel dm 1996, assorbono l'effetto dello sconto attualmente vigente nei confronti degli erogatori privati accreditati, previsto dall'articolo 1, comma 796, della legge

296/2006, nella misura del 20% e del 2% , rispettivamente, per le prestazioni di laboratorio e per le restanti prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

L'impatto finanziario dell'aggiornamento tariffario proposto è stato valutato quella utilizzando i dati desunti dal sistema Tessera sanitaria (TS) per l'anno 2010, per tutte le regioni italiane. In particolare, sono stati elaborati i dati della specialistica ambulatoriale (al netto di prestazioni erogate in pronto soccorso):

- ✓ distinguendo i volumi di prestazioni erogati dai soggetti erogatori pubblici e privati e la rispettiva valorizzazione, con le tariffe regionali vigenti nel 2010, con le tariffe nazionali ex dm 1996 e con le nuove tariffe nazionali 2012;
- ✓ enucleando la quota dei consumi, in termini sia di quantità che di valore, non riconducibili al nomenclatore tariffario del 1996, in quanto riferite a prestazioni introdotte nei singoli nomenclatori regionali o a prestazioni non direttamente sovrapponibili in termini di codifica. Tale quota, in termini di volumi di prestazioni, è compresa tra lo 0,06% della Calabria e il 5,74% della Sicilia;
- ✓ valorizzando tali prestazioni, per i volumi erogati da strutture private accreditate, con le tariffe 1996 scontate, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, e con le nuove tariffe 2012.

La tabella 6 riporta per regione tali dati, utilizzati per la valutazione dell'impatto, sia sul gettito del ticket per le strutture pubbliche, sia sul costo per l'acquisto delle prestazioni dalle strutture private accreditate.

Impatto sul gettito da ticket per le strutture pubbliche In considerazione dell'effetto dell'aggiornamento tariffario sul gettito del ticket introitato nelle strutture pubbliche, la valutazione d'impatto deve includere anche tale stima⁴, illustrata nella **tabella 7**. Premesso che l'effetto complessivo dell'applicazione delle nuove tariffe 2012 ai volumi di prestazioni oggetto di modifica tariffaria erogate dalle strutture pubbliche si traduce in una **riduzione** della valorizzazione di circa l'8,5% in media (con valori variabili a livello regionale, ma tutti in riduzione), la stima dell'impatto sul gettito si basa sulle seguenti assunzioni:

- a) che le variazioni tariffarie non comportino una modifica della composizione percentuale delle ricette complessive con valore $< 0 >$ di 36,15 euro;
- b) che la composizione delle prestazioni prescritte nella ricetta resti invariata.

Inoltre, considerando che solo al di sotto della soglia di 36,15 euro una riduzione tariffaria comporta anche una riduzione del ticket, la stima è riferita alle sole ricette di valore inferiore a tale soglia. In particolare, sono state selezionate le ricette per le quali la quota del valore delle prestazioni e del relativo ticket era attribuibile al 3° livello FARE oggetto di modifica tariffaria. Al valore dell'attuale gettito del ticket per la tipologia di ricette sopra descritta è stato quindi applicato il medesimo scostamento della valorizzazione delle prestazioni riscontrato, a livello regionale, per effetto dell'aggiornamento tariffario. (cfr. colonna C della tabella 7).

La **riduzione di introito** per il settore pubblico è stimata in 19,8 mln di euro (colonna E, tabella 7)

⁴ La valutazione d'impatto dell'effetto ticket sul settore privato è già inclusa nella valorizzazione rappresentata nella colonna E della tabella 8 in quanto si traduce a livello complessivo in un minor rimborso da parte del SSN alle strutture private accreditate.

Impatto sul costo per l'acquisto di prestazioni dagli erogatori privati accreditati.

L'impatto finanziario dell'aggiornamento tariffario proposto è stato valutato con riferimento ai volumi dei consumi presso gli erogatori privati accreditati, per effetto delle medesime considerazioni già descritte per la valutazione d'impatto sul settore ospedaliero.

Al fine di evidenziare l'impatto finanziario complessivo dell'aggiornamento tariffario rispetto alle tariffe e agli sconti attualmente vigenti, per il settore privato, oltre al confronto tra valorizzazione delle prestazioni ex dm 1996 con le tariffe ivi previste e con le nuove tariffe, con riferimento alle stesse prestazioni è stato calcolato anche l'effetto prodotto dal vigente sconto, del 20% per le prestazioni di laboratorio e del 2% per tutte le altre prestazioni.

La **tabella 8** evidenzia:

- ✓ il minor costo derivante dall'applicazione dello sconto alle tariffe nazionali vigenti, per le predette prestazioni, pari a -208,00 mln di euro (colonna C);
- ✓ la differenza tra il valorizzazione delle prestazioni con le tariffe 1996 scontate e con le tariffe 2012, pari a una **riduzione** di 6,5 mln di euro a livello nazionale (colonna F). Il decremento è confermato in molte regioni, fatta eccezione per alcune regioni del Centro - Sud (di cui 5 in Piano di Rientro), per le quali l'impatto si traduce in termini di aumento della valorizzazione tariffaria;
- ✓ l'effetto combinato dell'abbattimento del gettito da ticket per le ricette di importo inferiore a 36 euro, per il settore pubblico (colonna G), e del minor costo delle prestazioni associato alle nuove tariffe 2012 rispetto alle tariffe vigenti scontate (colonna F), pari ad **incremento** dell'onere a carico del sistema di circa **13,3 mln di euro** (colonna H).

Tuttavia, in considerazione degli strumenti regolatori della spesa in capo alle regioni, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 502/1992 si ritiene che le tariffe di cui al presente decreto possano garantire in ogni caso un'invarianza di impatto derivante, sia dalla rimodulazione da parte delle regioni del proprio fabbisogno, stante l'avvio del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia attraverso la determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

TAB. 6 -VALUTAZIONE IMPATTO NUOVE TARIFFE SPECIALISTICA AMBULATORIALE SENZA EFFETTO TICKET

Regione	Quantità Prestazioni Tariffa Reg. 2010	Valore Prestazioni Tariffa Reg. 2010	% di prestazioni non attribuibili al Nomenclatore 96	% valore prestazioni non attribuibili al Nomenclatore e 96	Valore Prestazioni* Tar Naz 1996	Valore Prestazioni* Tar Naz 2012	Impatto complessivo		valorizzazione delle		Impatto nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 non scontate
							G = F - E	H	I	L = I - H	
Piemonte	74.248,682	1.070.725.389,39	3,74	13,20	739.022.372,42	706.595.721,65	-32.426.650,77	172.521.728,90	159.587.066,62	-12.934.662,28	
Valle d'Aosta	1.624,216	15.865.283,64	5,22	12,48	11.856.513,53	11.043.004,16	-813.509,37	895.515,45	802.370,11	-93.145,34	
Lombardia	128.263,237	1.772.659.536,29	4,24	16,15	1.407.444.190,46	1.317.944.479,87	-89.499.710,59	611.513.909,94	565.490.399,23	-46.023.510,71	
PA Bolzano	5.776,875	74.256.658,17	3,85	9,68	62.237.789,91	60.590.504,83	-1.647.285,08	2.888.797,93	2.595.394,55	-293.403,38	
PA Trento	6.553,201	77.832.469,70	2,10	14,28	61.044.033,91	58.547.179,43	-2.496.854,48	14.140.921,59	13.067.940,71	-1.072.980,88	
Veneto	65.366,829	954.690.492,35	3,55	16,71	670.516.790,10	636.626.772,09	-33.890.018,01	224.040.409,24	206.774.261,08	-17.266.148,16	
FVG	16.229,841	259.530.941,50	2,40	24,01	140.749.866,97	134.165.325,80	-6.584.543,17	29.100.896,36	26.035.920,91	-3.064.975,45	
Liguria	20.682,854	209.343.918,46	4,26	8,92	191.044.305,43	182.688.877,46	-8.355.427,97	55.687.738,30	52.397.344,25	-3.290.394,05	
Emilia R.	63.403,368	776.217.367,68	0,47	8,20	670.101.983,16	640.501.282,14	-29.600.701,02	85.874.267,02	79.198.353,25	-6.675.913,77	
Toscana	45.387,885	510.425.415,66	2,52	13,11	433.955.370,48	407.341.134,94	-26.614.235,54	73.029.524,23	64.020.744,26	-9.008.779,97	
Umbria	12.574,211	137.162.604,53	1,14	11,07	125.231.682,28	120.873.836,86	-4.357.845,42	8.484.392,72	7.092.148,24	-1.392.244,48	
Marche	16.697,932	183.056.779,93	2,73	18,04	135.869.389,99	129.228.323,21	-6.641.066,68	26.854.214,11	24.953.913,60	-1.900.300,51	
Lazio	83.491,564	954.903.545,24	0,11	2,10	877.472.104,51	830.884.178,25	-46.587.926,26	410.459.410,04	380.191.125,80	-30.268.284,24	
Abruzzo	12.904,204	134.979.593,65	0,59	1,78	118.486.377,94	116.373.598,83	-2.112.779,11	16.679.279,40	16.554.825,28	-124.454,12	
Molise	4.678,866	57.533.705,61	0,26	2,18	56.281.848,31	52.929.640,73	-3.352.207,58	28.858.324,94	26.325.662,18	-2.532.662,76	
Campania	53.846,493	634.619.511,84	0,12	0,19	557.789.100,58	525.974.767,74	-31.814.332,84	443.962.330,35	412.752.895,96	-31.209.434,39	
Puglia	51.344,914	498.569.095,19	0,12	0,31	481.722.885,53	454.486.755,95	-27.236.130,58	196.367.658,57	179.993.610,14	-16.374.048,43	
Basilicata	8.660,733	107.920.878,17	5,51	8,71	89.916.636,58	86.121.485,98	-3.795.150,60	26.423.637,34	25.099.528,38	-1.324.108,96	
Calabria	20.488,973	197.171.621,42	0,06	3,39	192.508.704,09	182.767.664,74	-9.741.039,35	70.162.133,09	63.216.231,01	-6.945.902,08	
Sicilia	54.469,815	585.886.323,48	5,74	12,58	505.507.171,30	483.395.968,83	-22.111.202,47	324.168.630,84	305.829.355,87	-18.339.174,97	
Sardegna	18.083,988	226.166.683,44	1,13	8,20	192.224.824,19	184.059.809,06	-8.165.015,13	68.632.772,43	64.290.247,81	-4.342.524,62	
Totale	764.778.481	9.439.517.815,34			7.720.983.944,57	7.323.140.312,56	-397.843.632,01	2.890.746.392,79	2.676.269.339,23	-214.477.053,56	

* solo prestazioni in dm 1996

Fonte: dati Tessera Sanitaria anno 2010

TAB.7 - STIMA EFFETTO TICKET SETTORE PUBBLICO

Regione	valorizzazione con tariffe 1996 sole prestazioni (*)oggetto di modifica tariffaria erogate da strutture pubbliche	valorizzazione con tariffe 2012 sole prestazioni (*)oggetto di modifica tariffaria erogate da strutture pubbliche	effetto variazione tariffe 2012 vs 1996 settore pubblico	Ticket ricette imp < 36 euro (settore pubblico)	Perdita gettito ticket settore pubblico per variazioni tariffarie
	A	B	C= (B-A)/A*100	D	E = C*D
Piemonte	245.015.512,88	225.523.524,39	-7,96%	26.037.547,45	-2.071.393,64
Valle d'Aosta	6.047.884,30	5.327.520,27	-11,91%	1.002.793,03	-119.442,77
Lombardia	384.387.744,34	340.911.544,46	-11,31%	39.532.212,37	-4.471.293,35
PA Bolzano	21.794.349,05	20.440.467,36	-6,21%	3.301.633,58	-205.100,01
PA Trento	17.836.119,61	17.022.755,87	-4,56%	2.215.737,95	-101.042,21
Veneto	194.492.141,55	179.064.762,21	-7,93%	24.681.961,20	-1.957.806,50
FVG	58.114.288,91	54.594.721,19	-6,06%	6.961.676,60	-421.619,07
Liguria	68.343.804,03	63.278.770,11	-7,41%	9.466.241,09	-701.553,46
Emilia R.	254.455.341,74	231.521.874,90	-9,01%	30.980.098,71	-2.792.164,08
Toscana	188.912.635,54	171.307.179,97	-9,32%	21.083.914,90	-1.964.886,71
Umbria	48.653.262,13	45.687.661,19	-6,10%	5.780.393,71	-352.336,93
Marche	47.572.452,59	42.831.686,42	-9,97%	7.661.049,86	-763.451,20
Lazio	235.149.845,64	218.830.203,63	-6,94%	19.362.286,64	-1.343.762,68
Abruzzo	48.206.969,45	46.218.644,46	-4,12%	2.793.542,18	-115.221,30
Molise	11.643.467,11	10.545.605,92	-9,43%	1.337.642,43	-126.126,15
Campania	30.332.071,45	29.727.172,99	-1,99%	2.587.541,14	-51.602,13
Puglia	134.376.285,16	123.514.203,01	-8,08%	8.801.131,86	-711.424,77
Basilicata	24.090.383,21	21.619.341,57	-10,26%	1.796.718,28	-184.296,18
Calabria	42.988.735,17	40.193.597,90	-6,50%	6.317.315,75	-410.753,30
Sicilia	57.522.608,14	53.750.580,64	-6,56%	8.638.651,81	-566.476,96
Sardegna	44.935.117,59	40.831.721,93	-9,13%	4.041.047,03	-369.021,29
Totale	2.164.871.019,59	1.982.743.540,40	-8,41%	234.381.137,57	-19.800.774,69

Fonte: dati Tessera Sanitaria anno 2010

TAB. 8 - VALUTAZIONE IMPATTO NUOVE TARIFFE SPECIALISTICA AMBULATORIALE COMPRESO EFFETTO TICKET

Regione	valorizzazione delle prestazioni ex DIM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 1996 non scontate	valorizzazione delle prestazioni ex DIM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 1996 scontate	importo relativo allo sconto (legge 296/06, art. 1, comma 796 lett.o)	valorizzazione delle prestazioni ex DM 1996 erogate da strutture private accreditate con tariffa 2012	Impatto nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 non scontate	Impatto nuove tariffe 2012 vs tariffe 1996 scontate	Perdita gettito ticket settore pubblico per variazioni tariffarie (cfr. colonna E della tabella 7)	risparmio/onere al netto effetto ticket
	A	B	C = A - B	D	E = D - A	F = D - B	G	H = G - F
Piemonte	172.521.728,90	164.078.790,77	8.442.938,13	159.587.066,62	-12.934.662,28	-4.491.724,15	-2.071.393,64	2.420.330,50
Valle d'Aosta	895.515,45	877.605,14	17.910,31	802.370,11	-93.145,34	-75.235,03	-119.442,77	-44.207,74
Lombardia	611.513.909,94	565.397.126,57	46.116.783,37	565.490.399,23	-46.023.510,71	93.272,66	-4.471.293,35	-4.564.566,01
PA Bolzano	2.888.797,93	2.831.021,97	57.775,96	2.595.394,55	-293.403,38	-235.627,43	-205.100,01	30.527,41
PA Trento	14.140.921,59	13.500.006,79	640.914,80	13.067.940,71	-1.072.980,88	-432.066,08	-101.042,21	331.023,88
Veneto	224.040.409,24	211.540.786,54	12.499.622,70	206.774.261,08	-17.266.148,16	-4.766.525,46	-1.957.806,50	2.808.718,97
FVG	29.100.896,36	28.518.878,43	582.017,93	26.035.920,91	-3.064.975,45	-2.482.957,52	-421.619,07	2.061.338,46
Liguria	55.687.738,30	51.647.398,93	4.040.339,37	52.397.344,25	-3.290.394,05	749.945,32	-701.553,46	-1.451.498,78
Emilia R.	85.874.267,02	83.457.793,07	2.416.473,95	79.198.353,25	-6.675.913,77	-4.259.439,82	-2.792.164,08	1.467.275,73
Toscana	73.029.524,23	71.233.704,32	1.795.819,91	64.020.744,26	-9.008.779,97	-7.212.960,06	-1.964.886,71	5.248.073,35
Umbria	8.484.392,72	8.235.730,04	248.662,68	7.092.148,24	-1.392.244,48	-1.143.581,80	-352.336,93	791.244,87
Marche	26.854.214,11	24.201.724,56	2.652.489,55	24.953.913,60	-1.900.300,51	752.189,05	-763.451,20	-1.515.640,25
Lazio	410.459.410,04	377.616.318,36	32.843.091,68	380.191.125,80	-30.268.284,24	2.574.807,44	-1.343.762,68	-3.918.570,12
Abruzzo	16.679.279,40	15.192.221,58	1.487.057,82	16.554.825,28	-124.454,12	1.362.603,70	-115.221,30	-1.477.825,00
Molise	28.858.324,94	27.754.224,03	1.104.100,91	26.325.662,18	-2.532.662,76	-1.428.561,85	-126.126,15	1.302.435,70
Campania	443.962.330,35	408.024.835,25	35.937.495,10	412.752.895,96	-31.209.434,39	4.728.060,72	-51.602,13	-4.779.662,85
Puglia	196.367.658,57	178.577.765,78	17.789.892,79	179.993.610,14	-16.374.048,43	1.415.844,36	-711.424,77	-2.127.269,12
Basilicata	26.423.637,34	24.809.491,33	1.614.146,01	25.099.528,38	-1.324.108,96	290.037,05	-184.296,18	-474.333,23
Calabria	70.162.133,09	63.577.247,50	6.584.885,59	63.216.231,01	-6.945.902,08	-361.016,49	-410.753,30	-49.736,80
Sicilia	324.168.530,84	297.008.143,31	27.160.387,53	305.829.355,87	-18.339.174,97	8.821.212,56	-566.476,96	-9.387.689,52
Sardegna	68.632.772,43	64.679.329,65	3.953.442,78	64.290.247,81	-4.342.524,62	-389.081,84	-369.021,29	20.060,56
Totale	2.890.746.392,79	2.682.760.143,93	207.986.248,86	2.676.269.339,23	-214.477.053,56	-6.490.804,70	-19.800.774,69	-13.309.969,99

Fonte: dati Tessera Sanitaria anno 2010

N.B.: il segno meno sulla colonna F indica un minore costo per il Ssn; il segno meno sulla colonna G indica una minore entrata; il segno meno sulla colonna H indica il maggior costo combinato dei due effetti precedenti.

CONCLUSIONI

In conclusione, pur nei limiti dei dati disponibili per stimare l'impatto complessivo dell'aggiornamento delle tariffe delle prestazioni definite nel presente decreto, i risultati delle analisi valutative svolte ed illustrate nelle pagine precedenti portano a ritenere tale impatto compatibile, sia con l'attuale livello di spesa sostenuto dal sistema, sia con il quadro economico-finanziario esistente.

FederLab Italia



Ministero della Salute

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

VISTO l'articolo 8-*sexies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 come modificato dal comma 1-*quinqüies* dell'art. 79, del decreto- legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, che stabilisce che: "Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse. Le tariffe massime di cui al presente comma sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale. Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. A decorrere dalla data di entrata in vigore della presente disposizione è abrogato il decreto del Ministro della Sanità 15 aprile 1994, recante «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 107 del 10 maggio 1994";

VISTO, altresì, l'articolo 8-*sexies*, comma 6, del suddetto decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 che stabilisce che: con la procedura di cui al comma 5, sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 8 febbraio 2002, n. 33 S.O., e successive modificazioni, recante la "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che individua le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie poste a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 1, comma 7, del Decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, con il quale si dispone che, ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità, sia intraregionale che interregionale, e si dispone, inoltre, che sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio;

VISTA la sentenza del Tribunale amministrativo regionale per il Lazio, sezione terza *quater* n. 4640/2011 del 20 aprile 2011, che ordina al Ministero della salute di procedere alla determinazione delle tariffe massime anche attraverso il procedimento di cui all'articolo 8-*sexies*, comma 5, del d.lgs n. 502 del 1992, ove ritenuto necessario, nel termine di mesi quattro decorrenti dalla comunicazione e/o notifica della sentenza, in considerazione della particolare complessità dell'adempimento;

VISTA l'ordinanza del Consiglio di Stato, sezione terza n. 5186/2011 del 25 novembre 2011 con la quale, in accoglimento dell'istanza di sospensiva della suddetta sentenza del Tribunale amministrativo regionale proposta dal Ministero della salute, ha concesso un ulteriore termine di due mesi, a decorrere dalla comunicazione e/o notificazione dell'ordinanza, in considerazione della complessità dell'attività;

RITENUTO con il presente decreto di dare attuazione alla norma sopracitata e dare ottemperanza alla decisione del giudice amministrativo sopra richiamata, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza;

TENUTO CONTO che, in attuazione del citato art. 8-*sexies*, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, le tariffe massime individuate dal presente decreto costituiscono riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale;

RITENUTO che la congruità delle risorse stesse è riferita alla necessità del rispetto dei parametri di programmazione nazionale, di cui all'articolo 4, comma 1, dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR) in attuazione dell'articolo 1, comma 173, lettera d) della legge 30 dicembre 2004, n.311;

VISTA l'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 3 dicembre 2009 (Rep. Atti n.

243/CSR) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 che, all'art. 6, comma 5, con la finalità di promuoverne una rilevante riduzione, individua le "prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di *day surgery* - trasferibili in regime ambulatoriale" (All. A) ed i "DRG ad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria" (All. B);

VISTO il decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali del 18 dicembre 2008 recante l'"Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere", che individua nell'Allegato 1 i pesi relativi e i valori soglia per l'identificazione dei casi *outlier* associati ai raggruppamenti omogenei di diagnosi (di seguito DRG) 24^a revisione e i suoi successivi aggiornamenti;

VISTO l'articolo 8-*quinquies*, comma 2-*quater*, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che dispone, tra l'altro, che l'attività assistenziale acquistata dalle regioni presso le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici e privati, nonché gli istituti, gli enti e gli ospedali di cui agli artt. 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 del 1978 e successive modificazioni, sia remunerata a prestazione in base ai tetti di spesa e ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base delle funzioni assistenziali riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni;

VISTO il comma 2 dell'articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come integrato dall'articolo 8, comma 1, lettera b), del decreto-legge 31 dicembre 2007, n. 248, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 febbraio 2008, n.3, il quale stabilisce che, in sede di definizione degli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le Aziende ospedaliero-universitarie, e dei contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, vengono indicati, tra l'altro, il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dall'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati nel corrispettivo preventivato, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato;

RITENUTO che i criteri previsti dal citato art. 8-*sexies*, comma 5, di cui alle lettere a), b) e c) del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni per la determinazione delle tariffe massime nazionali devono essere utilizzati dalle regioni in sede di adozione dei propri tariffari, articolando le tariffe, così determinate, per classi di strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di livelli tariffari inferiori ai massimi nazionali per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità;

TENUTO CONTO che, al fine di coinvolgere i rappresentanti tecnici regionali nella fase istruttoria propedeutica alla stesura del presente provvedimento, con i decreti dirigenziali dell'11 aprile 2008, del 15 giugno 2009 e del 16 dicembre 2011 è stato istituito un gruppo di lavoro interistituzionale, che ha attivato linee di studio e di approfondimento, anche con rilevazioni campionarie, relativamente a dati e valutazioni tecniche utili alla definizione delle tariffe;

RITENUTO di mantenere l'articolazione delle tariffe definita nel decreto del Ministro della sanità del 30 giugno 1997, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 209 del 8 settembre 1997 per le prestazioni di riabilitazione ospedaliera e lungodegenza, apportando modifiche tariffarie sulla base degli esiti dell'analisi della variabilità tariffaria regionale condotta e dei parziali dati di costo a disposizione, in attesa di conseguire una maggiore omogeneità, a livello interregionale e interaziendale, nella definizione e nell'erogazione di tali prestazioni;

RITENUTO, altresì, di fissare nuovi valori soglia per il settore della riabilitazione ospedaliera e della lungodegenza, in coerenza con il generale processo di deospedalizzazione da conseguirsi anche in tale settore, in coerenza con la normativa vigente e con gli Accordi e le Intese sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano a decorrere dall'anno 2005;

CONSIDERATO che, nelle more di una organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento tariffario può riguardare esclusivamente le prestazioni e le corrispondenti tariffe riportate nel decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996;

RITENUTO, pertanto, nelle more della disponibilità degli esiti di ulteriori studi sui costi delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di limitare l'aggiornamento delle tariffe ministeriali a quelle prestazioni per le quali si dispone di informazioni sui costi, utilizzando a tal fine anche gli esiti dell'analisi della variabilità tariffaria interregionale, ai sensi delle lettere b) e c) del cit. art. 8-sexies comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 1, comma 18, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, in base al quale le prestazioni strettamente e direttamente correlate al ricovero programmato, preventivamente erogate al paziente dalla medesima struttura che esegue il ricovero stesso, sono remunerate dalla tariffa omnicomprensiva relativa al ricovero;

VISTO l'articolo 1, comma 796, lett. o), della legge 27 dicembre 2006 n. 296, laddove prevede che, fermo restando l'aggiornamento tariffario da attuarsi a livello nazionale, "...a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto";

RITENUTO di assorbire nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, di cui all'allegato 3 del presente decreto, il valore dello sconto attualmente vigente nel settore privato, garantendo l'invarianza di impatto finanziario a livello complessivo nazionale;

CONSIDERATO che, al fine di garantire l'invarianza di spesa, nell'applicazione del presente decreto le regioni devono fare riferimento sia alla rimodulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione del percorso di efficientamento, ai sensi del citato articolo 4, comma 1, lettera b), dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia alla classificazione degli erogatori, ai fini della remunerazione delle relative prestazioni, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale, nonché alla determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, ai sensi del citato articolo 8-*quinquies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

RITENUTO che la disposizione di cui al comma 5 del citato articolo 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, laddove prevede che "gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali", sia da intendersi comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'Accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale;

RITENUTO di fare salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito dall'articolo 1, comma 796, lettera p-*bis*), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 in materia di individuazione di misure di partecipazione alla spesa, da parte degli assistiti, alternative all'applicazione della quota fissa di 10 euro delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale;

RITENUTO che, nelle more dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria dei livelli essenziali di assistenza, sono da confermarsi le tariffe fissate dal decreto del Ministro della sanità 27 agosto 1999, n. 332, recante "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe", come incrementate dall'articolo 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007 n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)";

ACQUISITO il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze, ai sensi della legge 13 novembre 2009, n. 172, istitutivo del Ministero della salute;

ACQUISITO il parere favorevole dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, con nota prot.n. 2900 del 16 marzo 2012;

ACQUISITA l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del ...,

Decreta:

Articolo 1

(Finalità e ambito di applicazione)

1. In applicazione dell'articolo 8-sexies, commi 5 e 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni il presente decreto individua le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale.
2. In applicazione del medesimo articolo 8-sexies, comma 5, il presente decreto individua, altresì, i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza.

Articolo 2

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza ospedaliera)

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, articolate per tipo di ricovero, sono individuate nell'Allegato 1, che fa parte integrante del presente decreto. Per ricoveri diurni attribuiti ai DRG chirurgici e al DRG 323 la tariffa si applica all'episodio di ricovero. Per i ricoveri diurni attribuiti ai restanti DRG la tariffa si applica per accesso.
2. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione ospedaliera, erogate in regime di ricovero ordinario e diurno a carico del Servizio sanitario nazionale, sono riportate nell'Allegato 2, che fa parte integrante del presente decreto. L'Allegato 2 riporta anche i valori soglia dei ricoveri ordinari, per classi di categorie diagnostiche maggiori (di seguito MDC), oltre i quali si applica la specifica tariffa giornaliera ridotta indicata nel medesimo allegato. Per i ricoveri diurni, la tariffa giornaliera ridotta indicata nel suddetto allegato si applica agli accessi erogati oltre i valori soglia, per MDC, stabiliti a livello regionale.
3. Le tariffe giornaliere massime per la remunerazione delle prestazioni di lungodegenza post acuzie sono riportate nell'Allegato 2, che fa parte integrante del presente decreto. Per tali prestazioni, la remunerazione delle giornate erogate oltre il valore soglia della degenza, si applica la tariffa giornaliera ridotta, entrambi riportati nel medesimo Allegato 2.

4. Le tariffe di cui al presente comma costituiscono la remunerazione onnicomprensiva degli episodi di ricovero. Le regioni ne tengono conto nella definizione dell'importo del finanziamento delle funzioni assistenziali, ai sensi dell'articolo 8-sexies, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché delle classi tariffarie.

Articolo 3

(Aggiornamento delle tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale)

1. Le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono individuate nell'Allegato 3.

Articolo 4

(Criteri generali per l'adozione dei tariffari regionali)

1. Le regioni, per l'adozione dei propri tariffari, ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Le regioni tengono, altresì, conto, ai sensi dell'articolo 8-sexies, commi 2 e 3 e dell'articolo 8-quinquies, comma 2-quater del citato decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502, rispettivamente dell'eventuale finanziamento extratariffario delle funzioni assistenziali, nonché di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni.
2. Le regioni possono adottare, per la remunerazione dei propri erogatori pubblici e privati, tariffe ridotte rispetto a quelle definite ai sensi del comma 1, qualora ciò sia utile per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di de-ospedalizzazione.
3. Le regioni articolano le tariffe, come determinate ai sensi dei commi 1 e 2, per classi di strutture, secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività verificate in sede di accreditamento istituzionale, attraverso il riconoscimento di tariffe inferiori per le classi di erogatori che presentano caratteristiche organizzative e di attività di minore complessità.

Articolo 5

(Disposizioni transitorie e finali)

1. Le disposizioni di cui al presente decreto si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome compatibilmente con gli statuti di autonomia e le relative norme di attuazione.
2. In caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dal presente decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n. 2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale.
3. Sono fatti salvi gli importi tariffari derivanti dall'applicazione di quanto stabilito ai sensi dell'articolo 1, comma 796, lettera p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

Il presente decreto viene inviato, per la registrazione, alla Corte dei conti e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma,

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

IL MINISTRO DELLA SALUTE

TARIFHE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA PER ACUTI, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Durni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
1	1	C	Craniotomia, età > 17 anni con CC	15.085	3.616		314
2	1	C	Craniotomia, età > 17 anni senza CC	11.872	3.367		304
3	1	C	Craniotomia, età < 18 anni	8.860	2.370		213
6	1	C	Decompressione del tunnel carpale	589	569	654	118
7	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso con CC	10.658	2.383	2.660	252
8	1	C	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	2.326	1.331	2.585	196
9	1	M	Malattie e traumasmi del midollo spinale	3.589	522	329	219
10	1	M	Neoplasie del sistema nervoso con CC	4.332	445	276	152
11	1	M	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	3.316	437	298	164
12	1	M	Malattie degenerative del sistema nervoso	2.850	367	196	131
13	1	M	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	1.419	331	188	96
14	1	M	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	3.891	442	239	159
15	1	M	Malattie cerebrovascolari acute aspecifiche e occlusione precerebrale senza infarto	2.967	427	234	156
16	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche con CC	4.553	477	220	147
17	1	M	Malattie cerebrovascolari aspecifiche senza CC	2.549	378	226	151
18	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	3.353	405	223	149
19	1	M	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	1.210	324	197	101
21	1	M	Meningite virale	2.629	308	215	143
22	1	M	Encefalopatia ipertensiva	2.989	576	298	199
23	1	M	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	2.489	430	263	175
26	1	M	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	1.729	376	231	154
27	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	4.986	624		239
28	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	4.118	562		213
29	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC	3.180	478		216
30	1	M	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni	1.409	476		208
31	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC	3.087	557	364	243
32	1	M	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC	2.042	492	337	225
33	1	M	Commozione cerebrale, età < 18 anni	1.224	483	321	214

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno.	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
34	1	M	Altre malattie del sistema nervoso con CC	3.369	423	234	156
35	1	M	Altre malattie del sistema nervoso senza CC	2.077	389	244	163
36	2	C	Interventi sulla retina	1.549	756	1.491	164
37	2	C	Interventi sull'orbita	4.930	1.574	1.910	254
38	2	C	Interventi primari sull'iride	1.536	592	1.189	113
39	2	C	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	895	487	994	102
40	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	1.453	734	1.615	141
41	2	C	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	1.199	757	1.296	177
42	2	C	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	1.641	761	1.522	143
43	2	M	Ifema	1.225	306	210	140
44	2	M	Infezioni acute maggiori dell'occhio	1.981	273	193	128
45	2	M	Malattie neurologiche dell'occhio	2.486	403	256	171
46	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC	2.684	430	266	178
47	2	M	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	1.051	358	224	114
48	2	M	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni	1.638	291	212	141
49	3	C	Interventi maggiori sul capo e sul collo	6.619	2.424	2.472	333
50	3	C	Sialoadenectomia	3.607	1.495	1.805	348
51	3	C	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	1.623	737	1.478	145
52	3	C	Riparazione di cheiloschisi e di palatoschisi	3.622	1.021	1.220	240
53	3	C	Interventi su seni e mastoide, età > 17 anni	2.798	1.676	2.009	367
54	3	C	Interventi su seni e mastoide, età < 18 anni	3.100	1.647	1.982	311
55	3	C	Miscellanea di interventi su orecchio, naso, bocca e gola	1.485	827	1.613	145
56	3	C	Rinoplastica	2.573	1.453	1.726	269
57	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	1.889	721	871	197
58	3	C	Interventi su tonsille e adenoidi eccetto solo tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	1.745	749	924	195
59	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	868	463	964	139
60	3	C	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	588	312	653	92
61	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	1.683	896	1.735	210
62	3	C	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	1.162	632	1.069	167
63	3	C	Altri interventi su orecchio, naso, bocca e gola	4.378	1.783	2.134	264
64	3	M	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola	3.486	615	317	174

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accessor: DRG medico)	(per giornata)
65	3	M	Alterazioni dell'equilibrio	953	329	198	101
66	3	M	Epistassi	1.575	416	231	154
67	3	M	Epiptotte	1.678	387	250	166
68	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni con CC	1.935	315	210	140
69	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	1.247	311	224	149
70	3	M	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18 anni	662	269	165	91
71	3	M	Laringotracheite	625	226	162	108
72	3	M	Traumatismi e deformità del naso	1.853	533	333	222
73	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	1.186	415	240	122
74	3	M	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	739	316	173	95
75	4	C	Interventi maggiori sul torace	8.737	2.270		279
76	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio con CC	9.650	1.729		237
77	4	C	Altri interventi sull'apparato respiratorio senza CC	4.639	1.298	1.682	237
78	4	M	Embolia polmonare	4.009	405	243	162
79	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	5.744	450	222	148
80	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	4.422	311	199	133
81	4	M	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	5.768	552	345	230
82	4	M	Neoplasie dell'apparato respiratorio	4.161	484	283	156
83	4	M	Traumi maggiori del torace con CC	2.619	432	266	178
84	4	M	Traumi maggiori del torace senza CC	1.718	402	268	179
85	4	M	Versamento pleurico con CC	4.260	476	230	154
86	4	M	Versamento pleurico senza CC	2.867	380	227	151
87	4	M	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	3.802	397	219	146
88	4	M	Malattia polmonare cronica ostruttiva	1.600	290	170	87
89	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	3.558	359	212	141
90	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	2.291	282	200	134
91	4	M	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	1.948	258	188	125
92	4	M	Malattia polmonare interstiziale con CC	4.481	405	234	156
93	4	M	Malattia polmonare interstiziale senza CC	2.999	461	212	141
94	4	M	Pneumotorace con CC	3.265	425	245	163
95	4	M	Pneumotorace senza CC	1.818	343	223	148

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24v rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
96	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	2.537	296	198	132
97	4	M	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	1.832	274	197	132
98	4	M	Bronchite e asma, età < 18 anni	1.538	256	185	123
99	4	M	Segni e sintomi respiratori con CC	2.782	337	201	134
100	4	M	Segni e sintomi respiratori senza CC	1.484	313	206	137
101	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	2.666	353	207	138
102	4	M	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	1.724	335	219	146
103	Pre	C	Trapianto di cuore o impianto di sistema di assistenza cardiaca	62.602			372
104	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici con cateterismo cardiaco	24.675	9.532		419
105	5	C	Interventi sulle valvole cardiache e altri interventi maggiori cardiotoracici senza cateterismo cardiaco	20.487	7.406		375
106	5	C	Bypass coronarico con PTCA	27.519	7.737		379
108	5	C	Altri interventi cardiotoracici	16.419	5.226		336
110	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare con CC	14.208	4.598		339
111	5	C	Interventi maggiori sul sistema cardiovascolare senza CC	10.500	4.399		295
113	5	C	Amputazione per disturbi circolatori. eccetto amputazione arto superiore e dita piede	11.031	2.206		176
114	5	C	Amputazione arto superiore e dita piede per malattie apparato circolatorio	6.056	1.278		174
117	5	C	Revisione del pacemaker cardiaco, eccetto sostituzione	3.547	1.279	1.562	165
118	5	C	Sostituzione di pacemaker cardiaco	3.232	1.708	2.007	174
119	5	C	Legatura e stripping di vene	1.402	1.381	1.558	383
120	5	C	Altri interventi sull'apparato circolatorio	6.876	1.898	2.544	230
121	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	4.700	597		174
122	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	3.377	587		196
123	5	M	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	4.018	585		175
124	5	M	Malattie cardiovascolari. eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	3.392	866	300	200
125	5	M	Malattie cardiovascolari. eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	2.142	863	289	193
126	5	M	Endocardite acuta e subacuta	10.573	868	268	179
127	5	M	Insufficienza cardiaca e shock	3.052	416	215	143
128	5	M	Tromboflebite delle vene profonde	2.315	340	221	147
129	5	M	Arresto cardiaco senza causa apparente	4.000	503		172
130	5	M	Malattie vascolari periferiche con CC	3.308	423	237	158
131	5	M	Malattie vascolari periferiche senza CC	1.090	284	175	89

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
132	5	M	Aterosclerosi con CC	2.443	333	205	137
133	5	M	Aterosclerosi senza CC	990	349	193	98
134	5	M	Iipertensione	963	333	197	100
135	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	2.963	455	239	160
136	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	2.073	434	222	148
137	5	M	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	3.201	559	312	208
138	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	2.375	404	229	152
139	5	M	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	974	325	183	93
140	5	M	Angina pectoris	1.870	297	193	129
141	5	M	Sincope e collasso con CC	2.393	410	242	161
142	5	M	Sincope e collasso senza CC	1.004	363	208	106
143	5	M	Dolore toracico	1.399	344	221	147
144	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC	3.910	666	259	173
145	5	M	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC	2.097	367	220	147
146	6	C	Resezione rettale con CC	11.203	2.539		217
147	6	C	Resezione rettale senza CC	7.475	2.283		274
149	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	7.113	1.986		231
150	6	C	Lisi di aderenze peritoneali con CC	7.577	1.888		207
151	6	C	Lisi di aderenze peritoneali senza CC	4.378	1.539		218
152	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue con CC	6.051	1.382		158
153	6	C	Interventi minori su intestino crasso e tenue senza CC	4.491	1.335		205
155	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni senza CC	6.566	1.557		207
156	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età < 18 anni	5.154	824		130
157	6	C	Interventi su ano e stoma con CC	3.808	1.010	1.312	192
158	6	C	Interventi su ano e stoma senza CC	1.202	1.069	1.007	126
159	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	4.892	1.453		198
160	6	C	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.371	575	1.523	94
161	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3.571	1.240	1.509	212
162	6	C	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	1.168	649	1.280	137
163	6	C	Interventi per ernia, età < 18 anni	1.093	603	1.214	146
164	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata con CC	5.735	1.538		228

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG dhr.co: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
165	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale complicata senza CC	3.514	1.270		228
166	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata con CC	3.751	1.190		204
167	6	C	Appendicectomia con diagnosi principale non complicata senza CC	2.560	1.044		219
168	3	C	Interventi sulla bocca con CC	1.626	779	1.562	169
169	3	C	Interventi sulla bocca senza CC	1.459	687	1.361	161
170	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente con CC	8.810	1.814		190
171	6	C	Altri interventi sull'apparato digerente senza CC	4.498	1.278		193
172	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC	4.550	691	303	167
173	6	M	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC	2.564	493	274	151
174	6	M	Emorragia gastrointestinale con CC	3.317	614	238	159
175	6	M	Emorragia gastrointestinale senza CC	2.091	403	216	144
176	6	M	Ulcera peptica complicata	3.230	579	236	157
177	6	M	Ulcera peptica non complicata con CC	3.148	504	230	153
178	6	M	Ulcera peptica non complicata senza CC	2.269	383	224	150
179	6	M	Malattie infiammatorie dell'intestino	3.236	426	243	162
180	6	M	Occlusione gastrointestinale con CC	2.841	383	228	152
181	6	M	Occlusione gastrointestinale senza CC	1.732	300	210	140
182	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC	2.465	368	222	148
183	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	959	295	179	91
184	6	M	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	785	259	156	85
185	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni	2.051	453	269	180
186	3	M	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età < 18 anni	1.595	345	241	161
187	3	M	Estrazioni e riparazioni dentali	775	545	281	143
188	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC	3.215	504	238	159
189	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	855	315	178	91
190	6	M	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni	1.634	344	214	142
191	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt con CC	13.929	3.427		353
192	7	C	Interventi su pancreas, fegato e di shunt senza CC	9.558	2.499		316
193	7	C	Interventi sulle vie biliari eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	13.509	2.660		238
194	7	C	Interventi sulle vie biliari, eccetto colecistectomia isolata con o senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.789	1.993		225

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24ª rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
195	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune con CC	10.574	1.989		176
196	7	C	Colecistectomia con esplorazione del dotto biliare comune senza CC	8.007	1.770		182
197	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	8.596	1.781		185
198	7	C	Colecistectomia eccetto laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	5.293	1.383		186
199	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari per neoplasie maligne	6.902	1.824		195
200	7	C	Procedure diagnostiche epatobiliari non per neoplasie maligne	7.535	1.657	2.297	226
201	7	C	Altri interventi epatobiliari o sul pancreas	8.585	2.391		301
202	7	M	Cirrosi e epatite alcolica	4.013	661	277	185
203	7	M	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas	4.085	687	314	173
204	7	M	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne	3.195	396	217	145
205	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC	3.760	498	236	157
206	7	M	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	1.407	324	195	99
207	7	M	Malattie delle vie biliari con CC	3.733	588	232	155
208	7	M	Malattie delle vie biliari senza CC	1.171	390	172	88
210	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni con CC	6.920	1.926		171
211	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età > 17 anni senza CC	6.099	1.689		176
212	8	C	Interventi su anca e femore, eccetto articolazioni maggiori, età < 18 anni	5.477	1.620		236
213	8	C	Amputazioni per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	6.609	1.544	2.013	194
216	8	C	Biopsie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	4.972	1.822	2.327	187
217	8	C	Sbrigliamento ferita e trapianto cutaneo eccetto mano, per malattie del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	7.678	2.417	3.082	240
218	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni con CC	6.686	2.011		196
219	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età > 17 anni senza CC	4.405	1.572	1.887	209
220	8	C	Interventi su arto inferiore e omero eccetto anca, piede e femore, età < 18 anni	3.286	1.090	1.298	178
223	8	C	Interventi maggiori su spalla e gomito o altri interventi su arto superiore con CC	3.041	1.580	1.889	258
224	8	C	Interventi su spalla, gomito o avambraccio eccetto interventi maggiori su articolazioni senza CC	4.391	1.330	1.590	237
225	8	C	Interventi sul piede	2.759	1.388	1.684	217
226	8	C	Interventi sui tessuti molli con CC	4.764	1.361	1.759	209
227	8	C	Interventi sui tessuti molli senza CC	1.555	754	1.499	138
228	8	C	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	1.767	847	1.686	156
229	8	C	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	1.266	657	1.296	143

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
230	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare di anca e femore	3.034	1.326	1.653	206
232	8	C	Artroscopia	1.361	851	1.512	148
233	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo con CC	7.191	2.025		169
234	8	C	Altri interventi su sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo senza CC	4.629	1.903	2.296	243
235	8	M	Fratture del femore	1.985	346	189	126
236	8	M	Fratture dell'anca e della pelvi	2.278	337	202	135
237	8	M	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia	1.985	302	188	125
238	8	M	Osteomielite	5.378	517	246	164
239	8	M	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo	3.649	437	276	151
240	8	M	Malattie del tessuto connettivo con CC	4.147	772	287	191
241	8	M	Malattie del tessuto connettivo senza CC	1.497	400	201	102
242	8	M	Artrite settica	3.873	433	230	154
243	8	M	Affezioni mediche del dorso	1.199	335	195	100
244	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC	2.563	345	208	139
245	8	M	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	1.038	308	191	98
246	8	M	Artropatie non specifiche	2.106	302	200	133
247	8	M	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo	1.745	322	214	143
248	8	M	Tendinite, miosite e borsite	1.178	304	173	88
249	8	M	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.209	442	217	111
250	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC	2.472	368	224	150
251	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC	753	322	191	97
252	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	547	339	190	104
253	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC	2.429	383	227	152
254	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC	773	297	169	86
255	8	M	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni	1.406	300	198	132
256	8	M	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	940	445	237	121
257	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne con CC	3.948	1.422		251
258	9	C	Mastectomia totale per neoplasie maligne senza CC	3.341	1.461		272
259	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne con CC	2.717	1.113	1.362	244
260	9	C	Mastectomia subtotale per neoplasie maligne senza CC	2.354	1.174	1.422	289
261	9	C	Interventi sulla mammella non per neoplasie maligne eccetto biopsia e escissione locale	3.709	1.630	1.960	271

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
262	9	C	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	1.069	568	1.162	143
263	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite con CC	7.107	1.330		201
264	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti per ulcere della pelle o cellulite senza CC	4.254	923	1.266	201
265	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite con CC	4.130	1.656	2.035	268
266	9	C	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	1.622	878	1.733	156
267	9	C	Interventi perianali e pilonidali	1.587	723	872	187
268	9	C	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.205	1.087	2.156	212
269	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella con CC	5.878	1.204	1.652	196
270	9	C	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	1.225	535	1.099	127
271	9	M	Ulcere della pelle	4.290	493	269	179
272	9	M	Malattie maggiori della pelle con CC	3.221	343	187	124
273	9	M	Malattie maggiori della pelle senza CC	2.185	257	180	120
274	9	M	Neoplasie maligne della mammella con CC	3.983	399	259	142
275	9	M	Neoplasie maligne della mammella senza CC	2.213	289	237	130
276	9	M	Patologie non maligne della mammella	828	297	173	88
277	9	M	Cellulite, età > 17 anni con CC	3.353	359	222	148
278	9	M	Cellulite, età > 17 anni senza CC	2.090	300	215	143
279	9	M	Cellulite, età < 18 anni	1.638	271	194	129
280	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	2.790	385	243	162
281	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	901	421	268	137
282	9	M	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	837	418	244	134
283	9	M	Malattie minori della pelle con CC	1.503	295	162	83
284	9	M	Malattie minori della pelle senza CC	728	238	153	78
285	10	C	Amputazioni di arto inferiore per malattie endocrine, nutrizionali o metaboliche	7.698	1.569		187
286	10	C	Interventi sul surrene e sulla ipofisi	7.695	2.047		267
287	10	C	Trapianti cutanei e sbrigliamento di ferite per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche	4.770	1.271		184
288	10	C	Interventi per obesità	5.681	2.089	2.518	226
289	10	C	Interventi sulle paratiroidi	2.926	1.130	1.369	244
290	10	C	Interventi sulla tiroide	3.340	1.373	1.658	326
291	10	C	Interventi sul dotto tiroglossoso	2.573	1.121	1.348	301
292	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche con CC	7.959	2.181		272

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
293	10	C	Altri interventi per malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche senza CC	5.308	1.524	1.886	244
294	10	M	Diabete, età > 35 anni	1.391	390	236	121
295	10	M	Diabete, età < 36 anni	1.162	282	160	88
296	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	2.800	366	204	136
297	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	1.758	273	191	127
298	10	M	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	1.190	237	173	115
299	10	M	Difetti congeniti del metabolismo	1.606	437	222	113
300	10	M	Malattie endocrine con CC	3.337	421	246	164
301	10	M	Malattie endocrine senza CC	901	318	210	107
302	11	C	Trapianto renale	22.108			212
303	11	C	Interventi su rene e uretere per neoplasia	7.386	2.227		252
304	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia con CC	7.137	2.024		249
305	11	C	Interventi su rene e uretere, non per neoplasia senza CC	4.953	1.531	1.857	236
306	11	C	Prostatectomia con CC	4.230	1.126		178
307	11	C	Prostatectomia senza CC	3.105	920		202
308	11	C	Interventi minori sulla vescica con CC	4.693	1.673		179
309	11	C	Interventi minori sulla vescica senza CC	3.397	1.753	2.116	183
310	11	C	Interventi per via transuretrale con CC	3.290	1.063		184
311	11	C	Interventi per via transuretrale senza CC	2.350	949		209
312	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni con CC	4.825	1.206	1.499	202
313	11	C	Interventi sull'uretra, età > 17 anni senza CC	3.059	1.263	1.534	250
314	11	C	Interventi sull'uretra, età < 18 anni	3.637	1.203	1.486	194
315	11	C	Altri interventi sul rene e sulle vie urinarie	6.709	2.042	2.659	198
316	11	M	Insufficienza renale	3.734	590	260	174
317	11	M	Ricovero per dialisi renale	1.381	841	204	104
318	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	4.006	440	261	143
319	11	M	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	2.158	418	283	156
320	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	2.701	355	216	144
321	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.883	286	201	134
322	11	M	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	1.422	287	213	142
323	11	M	Calcoli urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	1.372	1.614	1.372	146

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)				
			Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0-1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia	
			(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)	
324	11	M	Calcolosi urinaria senza CC	935	314	163	83
325	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	1.878	357	203	135
326	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.075	267	161	82
327	11	M	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	947	276	160	88
328	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	2.317	395	185	123
329	11	M	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	781	401	197	100
330	11	M	Stenosi uretrale, età < 18 anni	1.284	372	199	133
331	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	3.379	489	242	161
332	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	1.008	336	196	100
333	11	M	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	1.612	392	215	118
334	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile con CC	7.131	1.765		260
335	12	C	Interventi maggiori sulla pelvi maschile senza CC	5.997	1.619		277
336	12	C	Prostatectomia transuretrale con CC	3.394	910		170
337	12	C	Prostatectomia transuretrale senza CC	2.652	911		219
338	12	C	Interventi sul testicolo per neoplasia maligna	2.669	1.244	1.531	249
339	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	1.062	614	1.193	137
340	12	C	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	1.199	648	1.118	181
341	12	C	Interventi sul pene	3.744	1.749	2.113	182
342	12	C	Circoncisione, età > 17 anni	864	520	960	97
343	12	C	Circoncisione, età < 18 anni	617	392	671	73
344	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile per neoplasie maligne	4.146	1.225	1.459	198
345	12	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	1.737	637	1.331	108
346	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	3.592	466	263	145
347	12	M	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	1.432	342	238	131
348	12	M	Ipertrofia prostatica benigna con CC	2.146	357	212	141
349	12	M	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	901	241	151	77
350	12	M	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	1.872	364	234	156
351	12	M	Sterilizzazione maschile				
352	12	M	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	781	424	229	117
353	13	C	Eviscerazione pelvica, isterectomia radicale e vulvectomia radicale	6.203	1.916		253
354	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi con CC	6.722	1.386		197

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
355	13	C	Interventi su utero e su annessi per neoplasie maligne non dell'ovario o degli annessi senza CC	3.959	1.185		225
356	13	C	Interventi ricostruttivi dell'apparato riproduttivo femminile	2.901	1.242	1.496	244
357	13	C	Interventi su utero e annessi per neoplasie maligne dell'ovario o degli annessi	6.791	1.840		222
358	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne con CC	4.317	1.293		223
359	13	C	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC	3.027	1.183	1.436	241
360	13	C	Interventi su vagina, cervice e vulva	1.545	690	1.382	118
361	13	C	Laparoscopia e occlusione laparotomica delle tube	2.589	1.196	1.457	214
362	13	C	Occlusione endoscopica delle tube	1.055	646	1.173	162
363	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione e impianto materiale radioattivo per neoplasie maligne	2.555	849	1.026	199
364	13	C	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	917	527	1.019	133
365	13	C	Altri interventi sull'apparato riproduttivo femminile	2.970	1.303	1.639	249
366	13	M	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	4.158	476	272	149
367	13	M	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	2.041	317	219	120
368	13	M	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	1.722	350	235	157
369	13	M	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	725	336	179	91
370	14	C	Parto cesareo con CC	2.782	1.020		170
371	14	C	Parto cesareo senza CC	2.092	937		170
372	14	M	Parto vaginale con diagnosi complicanti	1.619	659		150
373	14	M	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	1.272	589		148
374	14	C	Parto vaginale con sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.122	893		175
375	14	C	Parto vaginale con altro intervento eccetto sterilizzazione e/o dilatazione e raschiamento	2.859	1.035		190
376	14	M	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	1.264	375	203	135
377	14	C	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	1.787	849	1.301	130
378	14	M	Gravidanza ectopica	1.629	602	239	159
379	14	M	Minaccia di aborto	1.376	445	177	118
380	14	M	Aborto senza dilatazione e raschiamento	1.133	422	209	139
381	14	C	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	989	543	1.099	149
382	14	M	Falso travaglio	612	247	136	91
383	14	M	Altre diagnosi preparato con complicazioni mediche	1.262	346	190	127
384	14	M	Altre diagnosi preparato senza complicazioni mediche	763	332	150	77
385	15	M	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza per acuti	5.435	344		84

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24ª rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
386	15	M	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio	30.738		532	354
387	15	M	Prematurità con affezioni maggiori	14.151		514	343
388	15	M	Prematurità senza affezioni maggiori	5.435		227	151
389	15	M	Neonati a termine con affezioni maggiori	3.919		262	175
390	15	M	Neonati con altre affezioni significative	1.146		154	103
391	15	M	Neonato normale	560			
392	16	C	Splenectomia, età > 17 anni	6.624	1.812		211
393	16	C	Splenectomia, età < 18 anni	4.703	1.158		155
394	16	C	Altri interventi sugli organi emopoietici	4.179	1.160		183
395	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	1.676	429	1.587	91
396	16	M	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	1.190	367	247	112
397	16	M	Disturbi della coagulazione	2.748	583	271	181
398	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC	3.589	393	218	145
399	16	M	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	1.704	305	192	98
401	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici con CC	11.719	2.153		230
402	17	C	Linfoma e leucemia non acuta con altri interventi chirurgici senza CC	3.944	1.183	1.534	207
403	17	M	Linfoma e leucemia non acuta con CC	7.185	1.022	336	224
404	17	M	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	1.823	461	273	115
405	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni	11.143	2.309	401	267
406	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori con CC	11.178	2.411		236
407	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con interventi maggiori senza CC	5.668	1.625		246
408	17	C	Alterazioni mieloproliferative o neoplasie poco differenziate con altri interventi	4.384	1.923	2.427	332
409	17	M	Radioterapia	1.471	602	353	180
410	17	M	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1.792	496	371	156
411	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	868	220	154	64
412	17	M	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	734	337	230	97
413	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC	4.788	555	319	175
414	17	M	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC	2.876	322	226	124
417	18	M	Setticemia, età < 18 anni	3.176	459	293	195
418	18	M	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche	3.508	398	221	147
419	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC	2.710	398	228	152

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
420	18	M	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC	2.086	318	219	146
421	18	M	Malattie di origine virale, età > 17 anni	2.184	340	221	147
422	18	M	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni	1.660	287	209	139
423	18	M	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie	4.155	546	266	177
424	19	C	Interventi chirurgici di qualunque tipo in pazienti con diagnosi principale di malattia mentale	4.963	1.550	2.029	151
425	19	M	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale	1.669	278	162	113
426	19	M	Neurosi depressive	858	148	137	44
427	19	M	Neurosi eccetto neurosi depressive	757	141	137	43
428	19	M	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi	2.267	191	162	72
429	19	M	Disturbi organici e ritardo mentale	1.356	352	137	92
430	19	M	Psicosi	1.942	175	162	71
431	19	M	Disturbi mentali dell'infanzia	1.118	319	162	149
432	19	M	Altre diagnosi relative a disturbi mentali	1.409	289	162	104
433	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari	664	242	170	113
439	21	C	Trapianti di pelle per traumatismo	4.724	1.770	2.174	213
440	21	C	Sbrigliamento di ferite per traumatismo	4.384	1.358	1.728	217
441	21	C	Interventi sulla mano per traumatismo	3.119	1.355	1.612	251
442	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo con CC	9.945	2.217	2.407	231
443	21	C	Altri interventi chirurgici per traumatismo senza CC	3.492	1.197	1.457	217
444	21	M	Traumatismi, età > 17 anni con CC	2.877	374	233	155
445	21	M	Traumatismi, età > 17 anni senza CC	2.126	377	259	173
446	21	M	Traumatismi, età < 18 anni	1.271	368	256	171
447	21	M	Reazioni allergiche, età > 17 anni	1.404	331	218	146
448	21	M	Reazioni allergiche, età < 18 anni	951	240	177	118
449	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC	2.411	374	230	153
450	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC	1.272	298	203	135
451	21	M	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni	1.056	330	214	143
452	21	M	Complicazioni di trattamenti con CC	3.283	564	255	170
453	21	M	Complicazioni di trattamenti senza CC	1.733	377	214	143
454	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC	2.593	413	245	164
455	21	M	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC	1.704	404	282	188

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno, Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
461	23	C	Intervento con diagnosi di altro contatto con i servizi sanitari	4.924	2.067	2.537	226
462	23	M	Riabilitazione	1.943	414	221	147
463	23	M	Segni e sintomi con CC	2.870	320	184	123
464	23	M	Segni e sintomi senza CC	1.748	317	209	139
465	23	M	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	854	842	179	221
466	23	M	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	863	506	179	129
467	23	M	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	652	265	134	68
468	NA	C	Intervento chirurgico esteso non correlato con la diagnosi principale	10.158	2.733	3.468	227
469	NA	NA	Diagnosi principale non valida come diagnosi di dimissione	457	104	104	83
470	NA	NA	Non attribuibile ad altro DRG	457	61	61	49
471	8	C	Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori	13.244	6.837		250
473	17	M	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	16.082	3.456	461	307
476	NA	C	Intervento chirurgico sulla prostata non correlato con la diagnosi principale	7.369	1.903	2.496	265
477	NA	C	Intervento chirurgico non esteso non correlato con la diagnosi principale	5.172	1.533	1.931	227
479	5	C	Altri interventi sul sistema cardiovascolare senza CC	4.742	1.851	2.258	235
480	Pre	C	Trapianto di fegato e/o trapianto di intestino	41.765			365
481	Pre	C	Trapianto di midollo osseo	59.806	5.707		405
482	Pre	C	Tracheostomia per diagnosi relative a faccia, bocca e collo	11.891	2.221		187
484	24	C	Craniotomia per traumasmi multipli rilevanti	22.206	5.899		423
485	24	C	Reimpianto di arti, interventi su anca e femore per traumasmi multipli rilevanti	19.551	5.129		278
486	24	C	Altri interventi chirurgici per traumasmi multipli rilevanti	19.289	4.440		311
487	24	M	Altri traumasmi multipli rilevanti	5.559	677		236
488	25	C	H.I.V. associato ad intervento chirurgico esteso	27.409	4.145		304
489	25	M	H.I.V. associato ad altre patologie maggiori correlate	8.186	607	282	155
490	25	M	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	2.458	532	261	110
491	8	C	Interventi su articolazioni maggiori e reimpianti di arti superiori	8.565	3.184		230
492	17	M	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	6.576	985	353	194
493	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	5.397	1.496		196
494	7	C	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2.834	1.210	1.458	211
495	Pre	C	Trapianto di polmone	72.572			252
496	8	C	Artrodesi vertebrale con approccio anteriore/posteriore combinato	19.723	8.182		263

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno.	Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)	
497	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale con CC	15.069	6.600			305
498	8	C	Artrodesi vertebrale eccetto cervicale senza CC	12.376	6.472			287
499	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale con CC	6.347	1.662			241
500	8	C	Interventi su dorso e collo eccetto per artrodesi vertebrale senza CC	3.672	1.457			295
501	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione con CC	9.595	2.109			248
502	8	C	Interventi sul ginocchio con diagnosi principale di infezione senza CC	5.183	1.330			187
503	8	C	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	1.808	1.024			127
504	22	C	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica \geq 96 ore con innesto di cute	49.026				363
505	22	M	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica \geq 96 ore senza innesto di cute	10.835	1.446			385
506	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	16.494	1.774			218
507	22	C	Ustioni estese a tutto spessore con innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	8.421	1.531			328
508	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	5.825	466			161
509	22	M	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	3.435	434			194
510	22	M	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	4.228	532			161
511	22	M	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	2.311	357			146
512	Pre	C	Trapianto simultaneo di pancreas/rene	67.728				470
513	Pre	C	Trapianto di pancreas	61.451				243
515	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco senza cateterismo cardiaco	16.573	9.945			222
518	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA	3.962	2.163			167
519	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale con CC	12.753	3.800			298
520	8	C	Artrodesi vertebrale cervicale senza CC	7.916	3.088			346
521	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	2.728	304			131
522	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	2.882	217			115
523	20	M	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC	1.436	243			118
524	1	M	Ischemia cerebrale transitoria	2.543	382			158
525	5	C	Impianto di altro sistema di assistenza cardiaca	53.272	20.044			429
528	1	C	Interventi vascolari intracranici con diagnosi principale di emorragia	25.812	5.457			424
529	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare con CC	12.891	2.348			237
530	1	C	Interventi di anastomosi ventricolare senza CC	7.816	2.049			217
531	1	C	Interventi sul midollo spinale con CC	14.639	4.389			279
532	1	C	Interventi sul midollo spinale senza CC	8.413	2.675			330

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24v rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co: per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
533	1	C	Interventi vascolari extracranici con CC	4.806	1.566		294
534	1	C	Interventi vascolari extracranici senza CC	4.119	1.444	1.734	311
535	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco con infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	24.098	10.757		198
536	5	C	Impianto di defibrillatore cardiaco con cateterismo cardiaco senza infarto miocardico acuto, insufficienza cardiaca o shock	21.634	10.357		216
537	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore con CC	5.618	1.751	2.236	217
538	8	C	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	1.651	882	1.758	151
539	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori con CC	13.271	3.108		300
540	17	C	Linfoma e leucemia con interventi chirurgici maggiori senza CC	4.867	1.636	2.009	258
541	Pre	C	Ossigenazione extracorporea a membrane o tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo con intervento chirurgico maggiore	51.919	8.266		356
542	Pre	C	Tracheostomia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore o diagnosi principale non relativa a faccia, bocca e collo senza intervento chirurgico maggiore	34.546	3.032		293
543	1	C	Craniotomia con impianto di dispositivo maggiore o diagnosi principale di patologia acuta complessa del sistema nervoso centrale	16.777	2.898		312
544	8	C	Sostituzione di articolazioni maggiori o reimpianto degli arti inferiori	8.837	3.736		205
545	8	C	Revisione di sostituzione dell'anca o del ginocchio	11.152	4.565		261
546	8	C	Attrodesi vertebrale eccetto cervicale con deviazione della colonna vertebrale o neoplasia maligna	19.545	9.391		279
547	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	22.125	5.499		372
548	5	C	Bypass coronarico con cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	19.112	5.133		366
549	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco con diagnosi cardiovascolare maggiore	18.154	4.742		409
550	5	C	Bypass coronarico senza cateterismo cardiaco senza diagnosi cardiovascolare maggiore	14.674	4.082		376
551	5	C	Impianto di pacemaker cardiaco permanente con diagnosi cardiovascolare maggiore o di defibrillatore automatico (AICD) o di generatore di impulsi	9.384	3.606	3.653	201
552	5	C	Altro impianto di pacemaker cardiaco permanente senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.756	2.091	2.508	166
553	5	C	Altri interventi vascolari con CC con diagnosi cardiovascolare maggiore	9.039	2.604		278
554	5	C	Altri interventi vascolari con CC senza diagnosi cardiovascolare maggiore	7.144	2.148	2.740	227
555	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con diagnosi cardiovascolare maggiore	6.207	2.062		201
556	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent non medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	4.747	2.479	2.970	174
557	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore	8.128	4.098		191

DRG	MDC	Tipo	Descrizione DRG (24 ^a rev.)	Ricoveri Ordinari durata di degenza > 1 giorno e entro soglia	Ricoveri Ordinari durata di degenza 0 - 1 giorno, Trasferiti o Deceduti	Ricoveri Ordinari con durata di degenza 0-1 giorno. Ricoveri Diurni	Giornate Oltre Valore Soglia
				(per episodio di ricovero)	(per giornata)	(per epis. di ric.: DRG chir.co; per giornata / accesso: DRG medico)	(per giornata)
558	5	C	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato senza diagnosi cardiovascolare maggiore	6.434	4.101		174
559	1	M	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici	6.073	608		201
560	1	M	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso	8.067	653	307	205
561	1	M	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale	6.058	517	254	169
562	1	M	Convulsioni, età > 17 anni con CC	3.289	455	246	164
563	1	M	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	1.193	450	214	109
564	1	M	Cefalea, età > 17 anni	1.631	321	195	99
565	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore	15.595	1.236		283
566	4	M	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore	6.764	637		198
567	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.712	2.541		214
568	6	C	Interventi su esofago, stomaco e duodeno, età > 17 anni con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12.418	2.263		207
569	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC con diagnosi gastrointestinale maggiore	13.793	2.659		250
570	6	C	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	11.318	2.377		233
571	6	M	Malattie maggiori dell'esofago	3.392	593	248	165
572	6	M	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali	3.484	459		160
573	11	C	Interventi maggiori sulla vescica	14.889	3.179		240
574	16	M	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie	3.738	657	251	167
575	18	M	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	21.349	1.629		276
576	18	M	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni	5.493	559		165
577	1	C	Inserzione di stent carotideo	5.795	2.651		308
578	18	C	Malattie infettive e parassitarie con intervento chirurgico	18.314	2.814		250
579	18	C	Infezioni post-operatorie o post-traumatiche con intervento chirurgico	9.163	1.555		180

TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA
OSPEDALIERA, per TIPO DI RICOVERO (EURO)

RIABILITAZIONE OSPEDALIERA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia (99)	Ricovero diurno, entro valore soglia	Ricovero diurno, oltre valore soglia
	(per giornata)	(per giornata)		(per accesso)	(per accesso)
MDC 1 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA NERVOSO	272,70	163,62	60	218,16	130,90
MDC 2 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'OCCHIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 3 - MALATTIE E DISTURBI DEL LORECCIO, DEL NASO, DELLA BOCCA E DELLA GOLA	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 4 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO RESPIRATORIO	231,00	138,60	30	184,80	110,88
MDC 5 - MALATTIE E DISTURBI DEL L'APPARATO CARDIOCIRCOLATORIO	251,00	150,60	30	200,80	120,48
MDC 6 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO DIGERENTE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 7 - MALATTIE E DISTURBI EPATOBILIARI E DEL PANCREAS	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 8 - MALATTIE E DISTURBI DEL SISTEMA MUSCOLO-SCHELETRICO E DEL TESSUTO CONNETTIVO	246,89	148,13	40	197,51	118,51
MDC 9 - MALATTIE E DISTURBI DELLA PELLE, DEL TESSUTO SOTTO-CUTENEO E DELLA MAMMELLA	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 10 - MALATTIE E DISTURBI ENDOCRINI, NUTRIZIONALI E METABOLICI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 11 - MALATTIE E DISTURBI DEL RENE E DELLE VIE URINARIE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 12 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO MASCHILE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 13 - MALATTIE E DISTURBI DELL'APPARATO RIPRODUTTIVO FEMMINILE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 14 - GRAVIDANZA, PARTO E PUERPERIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 15 - MALATTIE E DISTURBI DEL PERIODO NEONATALE	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 16 - MALATTIE E DISTURBI DEL SANGUE, DEGLI ORGANI EMPOIETICI E DEL SISTEMA IMMUNITARIO	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 17 - MALATTIE E DISTURBI MIELOPROLIFERATIVI E NEOPLASIE SCARSAMENTE DIFFERENZiate	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 18 - MALATTIE INFETTIVE E PARASSITARIE (SISTEMICHE O DI SEDI NON SPECIFICATE)	202,00	121,20	30	161,60	96,96

**TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA
OSPEDALIERA, per TIPO DI RICOVERO (EURO)**

Allegato 2

MDC 19 - MALATTIE E DISTURBI MENTALI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 20 - ABUSO DI ALCOL/FARMACI E DISTURBI MENTALI ORGANICI INDOTTI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 21 - TRAUMATISMI, AVVELENAMENTI ED EFFETTI TOSSICI DEI FARMACI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 22 - USTIONI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 23 - FATTORI CHE INFLUENZANO LO STATO DI SALUTE ED IL RICORSO AI SERVIZI SANITARI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 24 - TRAUMATISMI MULTIPLI RILEVANTI	202,00	121,20	30	161,60	96,96
MDC 25 - INFEZIONI DA H.I.V.	202,00	121,20	30	161,60	96,96
DRG NON CLASSIFICABILI	202,00	121,20	30	161,60	96,96

La tariffa massima della giornata di ricovero ordinario oltre il valore soglia specifico per MDC, stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima per accesso in ricovero diurno è pari all'80% della tariffa massima della giornata di ricovero ordinario

La tariffa massima per la remunerazione dell'accesso in ricovero diurno oltre il valore soglia di numero di accessi specifico per MDC, stabilito dalla normativa regionale, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **sogetti affetti da grave cerebrolazione acquisita** intesi come "persone affette da danno cerebrale, di origine traumatica o di altra natura, tale da determinare una condizione di coma con punteggio GCS inferiore o uguale a 8 e protrato per almeno 24 ore, ed associate menomazioni sensorimotorie, cognitive o comportamentali, che comportano disabilità grave". 1) in continuità con il momento acuto della malattia; 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, e di € 470,00. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **pazienti mielolesi con una gravità di lesione A, B, C** secondo la classificazione dell'American Spinal Injury Association (A.S.I.A.): 1) in immediata continuità con il momento acuto (conseguentemente trasferiti da un reparto di terapia intensiva, neurochirurgia, ortopedia od altro reparto per acuti); 2) in discontinuità con il momento acuto per completamento del progetto riabilitativo o per rivalutazioni per aggravamenti da parte dello stesso presidio di alta specialità che lo aveva in carico, e di € 470,00. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

**TARIFE DELLE PRESTAZIONI DI RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA
OSPEDALIERA, per TIPO DI RICOVERO (EURO)**

Allegato 2

LUNGODEGENZA	Ricovero ordinario, durata di degenza entro valore soglia	Ricovero ordinario, durata di degenza oltre valore soglia	Valore soglia (99)
	(per giornata)	(per giornata)	
	154,00	92,40	60

La tariffe massima giornaliera oltre il valore soglia stabilito nel presente allegato, è abbattuta del 40%.

La tariffa massima giornaliera per i ricoveri di **pazienti in stato vegetativo o in stato di minima coscienza** è di **€ 262,00**. Per i ricoveri di questi pazienti **non** sono previsti abbattimenti tariffari connessi alla durata del ricovero.

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
1	03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE	51,65
2	03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA	103,29
3	03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE	103,29
4	04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI	61,32
5	04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	71,54
6	04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	51,65
7	04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA	15,49
8	05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA	77,47
9	05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	129,11
10	06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA	73,80
11	06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	60,76
12	06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE	86,10
13	06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	93,94
14	08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE	16,32
15	08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	16,32
16	08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA	16,32
17	08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	19,04
18	08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	32,76
19	08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA	32,76
20	08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	32,76
21	08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE	54,60
22	08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA	40,92
23	08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	49,08
24	08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	49,08
25	08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	81,84
26	08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA	185,88
27	08.52	BLEFARORRAFIA	49,08
28	08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO	371,88
29	08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	40,92
30	08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE,	40,92
31	08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	40,92
32	08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE,	81,84
33	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	27,24
34	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	27,24
35	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	16,32
36	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	40,92
37	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	79,52
38	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	57,26
39	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE	40,90
40	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	68,16
41	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	16,32
42	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	19,08
43	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE	68,16
44	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	40,92
45	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	40,92
46	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	40,92
47	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI	40,92
48	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI	309,84
49	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	68,16
50	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	247,92
51	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	22,26
52	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA	32,76
53	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA	32,76

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
54	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA	32,76
55	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	109,08
56	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	54,60
57	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	11,36
58	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	68,16
59	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	109,08
60	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	68,16
61	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	27,24
62	11.43	CRIOterapia DI LESIONE DELLA CORNEA	34,08
63	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	347,04
64	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	40,92
65	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO	19,08
66	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE	95,40
67	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI	95,40
68	12.14	IRIDECTOMIA	109,08
69	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	136,32
70	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL' IRIDE, NON ESCISSIONALE	109,08
71	12.72	CICLOCRIOterapia	109,08
72	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	109,08
73	12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE	32,76
74	13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA	95,40
75	14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOterapia	68,16
76	14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	68,16
77	14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOterapia	68,16
78	14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE	68,16
79	14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE	68,16
80	14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	32,76
81	16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	63,70
82	16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	36,15
83	18.02	INCISIONE DEL CANALE Uditivo ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE	13,68
84	18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	17,92
85	18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO	17,04
86	20.0	MIRINGOTOMIA	23,88
87	20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54,23
88	20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	30,38
89	20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE	9,04
90	20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO	15,24
91	21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	15,24
92	21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	27,84
93	21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO)	19,56
94	21.22	BIOPSIA DEL NASO	30,38
95	21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	26,04
96	21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO	26,04
97	21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO	26,04
98	22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO	26,04
99	22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE	34,68
100	23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO	11,62
101	23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE	16,27
102	23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA	16,27
103	23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE	30,21
104	23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	18,59
105	23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE	34,86
106	23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO	34,86
107	23.41	APPLICAZIONE DI CORONA	31,40
108	23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA	31,40
109	23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA	38,73

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
110	23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	44,16
111	23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO	44,16
112	23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	69,72
113	23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	129,11
114	23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	81,34
115	23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA	16,27
116	23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA	16,27
117	23.5	IMPIANTO DI DENTE	11,62
118	23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA	81,34
119	23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO	34,86
120	23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO	53,45
121	23.73	APICECTOMIA	44,16
122	24.00.1	GENGIVECTOMIA	27,89
123	24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	19,46
124	24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	19,46
125	24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE]	58,10
126	24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA	27,89
127	24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI	23,24
128	24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO	20,92
129	24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA	53,04
130	24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI	116,20
131	24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI	116,20
132	24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI	116,20
133	24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	26,75
134	25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	27,30
135	25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE	17,64
136	25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE	17,64
137	26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI	23,40
138	26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	20,58
139	26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	17,64
140	27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	19,46
141	27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	19,46
142	27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	19,46
143	27.41	FRENULECTOMIA LABIALE	17,64
144	27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA	23,40
145	27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	23,40
146	27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	23,40
147	27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	11,76
148	27.91	FRENULOTOMIA LABIALE	17,64
149	28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	23,40
150	29.12	BIOPSIA FARINGEA	27,30
151	31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA	27,11
152	31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA	6,97
153	31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	20,92
154	31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE	34,16
155	31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	12,91
156	31.48.2	ESAME FONETOGRFICO	22,67
157	33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE	82,63
158	33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA]	180,74
159	34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA	180,74
160	34.91	TORACENTESI	111,60
161	34.91.1	TORACENTESI	198,36
162	34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA	61,97
163	38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA	59,29
164	38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	59,29
165	38.59.1	MINISTRIPPING DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE	251,04

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
166	38.95	CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE	258,23
167	38.98	PUNTURA DI ARTERIA	30,99
168	38.99.1	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	32,25
169	38.99.2	INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	51,63
170	39.92	INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI	8,73
171	39.95.1	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	154,94
172	39.95.2	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	129,11
173	39.95.3	EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	103,29
174	39.95.4	EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	165,27
175	39.95.5	EMODIAFILTRAZIONE	232,41
176	39.95.6	EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA	206,58
177	39.95.7	ALTRA EMODIAFILTRAZIONE	258,23
178	39.95.8	EMOFILTRAZIONE	258,23
179	39.95.9	EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE	206,58
180	39.99.1	VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	17,46
181	40.11	BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE	58,52
182	40.19.1	AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	83,02
183	40.19.2	AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	146,44
184	41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	48,86
185	42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO	64,40
186	42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	13,94
187	42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	81,60
188	42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO	60,48
189	42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA	115,92
190	43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	58,56
191	43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO	93,00
192	44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO	71,54
193	44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO	87,80
194	44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	13,94
195	45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	56,81
196	45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE	84,56
197	45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA	99,40
198	45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	86,80
199	45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	144,62
200	45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	52,08
201	45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO	122,22
202	45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	74,89
203	45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	41,83
204	45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	27,89
205	45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	167,33
206	45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO	116,16
207	45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO	123,96
208	48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO	35,14
209	48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO	58,52
210	48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	58,36
211	48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO	41,88
212	49.01	INCISIONE DI ASCESSO PERIANALE	41,88
213	49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI	41,88
214	49.11	FISTULOTOMIA ANALE	41,88
215	49.21	ANOSCOPIA	22,72
216	49.23	BIOPSIA DELL' ANO	33,32
217	49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	50,16
218	49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO	50,16
219	49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	16,53
220	49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	50,16
221	49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI	50,16

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
222	49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	50,16
223	49.59	SFINTEROTOMIA ANALE	50,16
224	50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	108,50
225	50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO	216,86
226	50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO	216,86
227	51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI	122,92
228	54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	29,26
229	54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE	86,80
230	54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE	122,92
231	54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE	34,86
232	54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE	154,92
233	54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE	104,58
234	54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE	61,97
235	54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	54,74
236	54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	46,48
237	55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE	74,40
238	56.31	URETEROSCOPIA	101,78
239	57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA	32,76
240	57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE]	63,70
241	57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	79,52
242	57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	79,52
243	57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	56,81
244	57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA	68,16
245	57.94	CATETERISMO VESCICALE	9,09
246	58.22	URETROSCOPIA	38,22
247	58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	54,04
248	58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA	46,32
249	58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	105,36
250	58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA	46,32
251	58.60.1	DILATAZIONE URETRALE	34,09
252	58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE	10,23
253	58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	46,32
254	59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE	27,24
255	60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO	32,76
256	60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA	38,22
257	60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA	67,62
258	60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI	86,80
259	60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA	38,22
260	61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE	20,88
261	61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE	20,88
262	62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	38,22
263	63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO	17,88
264	63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	105,36
265	64.11	BIOPSIA DEL PENE	27,72
266	64.19.1	BALANOSCOPIA	6,20
267	64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	7,75
268	64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE	35,76
269	64.92.1	FRENULOTOMIA	22,32
270	64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	23,76
271	65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI	105,36
272	65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO	50,52
273	66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE	26,04
274	67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA]	34,72
275	67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	38,22
276	67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO	44,64
277	67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO	44,64

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
278	68.12.1	ISTEROSCOPIA	30,38
279	68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO	41,72
280	68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO	55,80
281	69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	12,91
282	69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE	93,00
283	69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	15,48
284	70.11.1	IMENOTOMIA	29,76
285	70.21	COLPOSCOPIA	10,74
286	70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI	27,72
287	70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	34,72
288	70.33.1	ASPORTAZIONE DI CONDILOMI VAGINALI	35,76
289	71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	27,72
290	71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	29,76
291	71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	23,76
292	71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE	35,76
293	75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	122,92
294	75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE	108,50
295	75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA	86,80
296	75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	122,92
297	75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA	16,42
298	75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA	37,20
299	76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE	26,04
300	76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI	117,72
301	76.77	RIDUZIONE APERTA DI FRATTURA ALVEOLARE	23,40
302	76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,89
303	76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,89
304	78.7	OSTEOCLASIA	23,40
305	79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,04
306	79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,04
307	79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,04
308	79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,04
309	79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	49,56
310	79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,04
311	79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,04
312	79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	43,44
313	79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	43,44
314	79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	43,44
315	79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	43,44
316	79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	43,44
317	80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA	58,52
318	81.91	ARTROCENTESI	33,48
319	81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	27,89
320	83.02	MIOTOMIA	23,40
321	83.03	BORSOTOMIA	33,48
322	83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI	40,20
323	83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI	46,90
324	83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	66,36
325	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE	40,20
326	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO	6,97
327	85.0	MASTOTOMIA	35,76
328	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	34,72
329	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA	52,08
330	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS	35,76
331	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA	35,76
332	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA	44,64
333	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	9,36

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
334	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	18,60
335	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	9,04
336	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE	31,56
337	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	44,64
338	86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO	44,64
339	86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	19,46
340	86.19.1	ELASTOMETRIA	4,29
341	86.19.2	SEBOMETRIA	4,29
342	86.19.3	CORNEOMETRIA	5,73
343	86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	7,18
344	86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	20,40
345	86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	30,72
346	86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE	8,64
347	86.25	DERMOABRASIONE	20,40
348	86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	20,40
349	86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE	10,08
350	86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO,	15,36
351	86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO,	15,36
352	86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO,	15,36
353	86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE	34,08
354	86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	34,08
355	86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	10,08
356	86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	13,68
357	86.60	INNESTO CUTANEO, NAS	247,92
358	86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO	309,84
359	86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO	247,92
360	86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI	371,88
361	86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	371,88
362	86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO	371,88
363	86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI	495,84
364	86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO	309,84
365	86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	27,24
366	86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE	309,84
367	87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO	74,88
368	87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO	120,42
369	87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE	80,46
370	87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	127,80
371	87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN]	92,97
372	87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO	74,88
373	87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO	120,42
374	87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO	74,88
375	87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	120,42
376	87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI	74,88
377	87.04.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	27,90
378	87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	85,22
379	87.06	FARINGOGRAFIA	30,47
380	87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI	54,74
381	87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO	46,48
382	87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO	15,24
383	87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE	66,62
384	87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA	10,33
385	87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA	9,30
386	87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE	20,66

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
387	87.11.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCADE DENTARIE	24,27
388	87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO	10,33
389	87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA	6,20
390	87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO	67,14
391	87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO	84,70
392	87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA	14,98
393	87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	53,20
394	87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	26,86
395	87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	44,42
396	87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI	22,21
397	87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA	15,24
398	87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI	17,30
399	87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE	18,08
400	87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE)	17,30
401	87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE	17,30
402	87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA	34,60
403	87.35	GALATTOGRAFIA	68,17
404	87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE	34,86
405	87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE	22,98
406	87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	32,02
407	87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA	54,23
408	87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	77,67
409	87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	124,11
410	87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE	49,06
411	87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE	34,60
412	87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	40,03
413	87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	24,27
414	87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA	16,01
415	87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS	15,49
416	87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO	31,50
417	87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA	14,98
418	87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA	68,69
419	87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR	44,42
420	87.59.1	COLECISTOGRAFIA	50,10
421	87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE	70,50
422	87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE	50,10
423	87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO	37,44
424	87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO	47,26
425	87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO	59,39
426	87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	45,45
427	87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE	29,95
428	87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE	51,65
429	87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO	91,67
430	87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	140,99
431	87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO	59,65
432	87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE	63,27
433	87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI	85,50
434	87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO	134,37
435	87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE	27,90
436	87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA	89,35
437	87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE	68,69
438	87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE	91,93
439	87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	43,38
440	87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA	66,11
441	87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	53,71
442	87.77	CISTOGRAFIA	48,29

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
443	87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO	68,69
444	87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO	19,37
445	87.79.1	URETROGRAFIA	43,90
446	87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA	108,46
447	87.89.1	COLPOGRAFIA	55,78
448	87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	72,30
449	87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	73,85
450	88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE	79,47
451	88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	126,90
452	88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE	79,47
453	88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	126,90
454	88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO	103,68
455	88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	158,04
456	88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME	54,23
457	88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	126,02
458	88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME	19,37
459	88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE	17,82
460	88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO	14,98
461	88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO	14,20
462	88.25	PELVIMETRIA	17,56
463	88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA	17,56
464	88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA	21,17
465	88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA	17,82
466	88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30,21
467	88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA	26,34
468	88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO	90,38
469	88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	22,47
470	88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO	82,12
471	88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA	12,14
472	88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	31,50
473	88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	54,23
474	88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	54,23
475	88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	77,67
476	88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	124,11
477	88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE	81,81
478	88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	129,69
479	88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO	77,85
480	88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE	77,85
481	88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	124,11
482	88.38.8	ARTRO TC	135,72
483	88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO	15,49
484	88.42.1	AORTOGRAFIA	283,28
485	88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE	283,28
486	88.48	ARTERIOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE	283,28
487	88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE	263,91
488	88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	98,13
489	88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	256,68
490	88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	256,68
491	88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE	246,35
492	88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	246,35
493	88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE	246,35
494	88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA	256,68
495	88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI	246,35
496	88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI	285,08
497	88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA	31,25

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
498	88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO	45,96
499	88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	49,06
500	88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO	28,41
501	88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA	51,65
502	88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA	60,43
503	88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA	61,97
504	88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA	77,47
505	88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	41,32
506	88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	35,89
507	88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA	21,17
508	88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	35,89
509	88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	30,73
510	88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI	43,90
511	88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE	43,90
512	88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI	43,38
513	88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS	43,38
514	88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA	43,38
515	88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI	34,09
516	88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE	32,02
517	88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE	50,10
518	88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	60,43
519	88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI	32,02
520	88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA	24,79
521	88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE,	43,90
522	88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	23,24
523	88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	30,99
524	88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA	22,98
525	88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	30,99
526	88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	28,41
527	88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	32,54
528	88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA	28,41
529	88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	50,61
530	88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	30,99
531	88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	30,99
532	88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	43,38
533	88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	43,38
534	88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE	25,31
535	88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA	25,31
536	88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	25,31
537	88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI:	14,98
538	88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC	18,09
539	88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE	26,46
540	88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO	166,58
541	88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	247,50
542	88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE	120,08
543	88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO	187,13
544	88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO	184,80
545	88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO	120,08
546	88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO	187,13
547	88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO	184,80
548	88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE	115,80
549	88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	181,28
550	88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO	184,80
551	88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE	120,08

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
552	88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO	187,13
553	88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE	232,80
554	88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	111,15
555	88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	175,50
556	88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA	120,08
557	88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO	187,13
558	88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA	115,80
559	88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO	181,28
560	88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA	133,28
561	88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO	204,15
562	88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	184,80
563	88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE	120,08
564	88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	187,13
565	88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE	184,80
566	88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	120,08
567	88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	187,13
568	88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE	184,80
569	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO	21,17
570	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	31,50
571	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X	43,38
572	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC	69,30
573	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	17,56
574	89.01	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE BREVI	12,91
575	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE	20,66
576	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO	46,48
577	89.11	TONOMETRIA	13,94
578	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE	13,94
579	89.13	VISITA NEUROLOGICA	20,66
580	89.14	ELETTROENCEFALOGRAMMA	23,24
581	89.14.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	34,86
582	89.14.2	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	34,86
583	89.14.3	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 24 Ore	46,48
584	89.14.4	ELETTROENCEFALOGRAMMA DINAMICO 12 Ore	34,86
585	89.14.5	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE	34,86
586	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	23,24
587	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI	48,81
588	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI	34,86
589	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI	34,86
590	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO	55,78
591	89.15.6	POLIGRAFIA	46,48
592	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE	46,48
593	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI	41,83
594	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI	92,96
595	89.17	POLISONNOGRAMMA	139,44
596	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	139,44
597	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	139,44
598	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	27,89
599	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,13
600	89.22	CISTOMETROGRAFIA	55,78
601	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	23,24
602	89.24	UROFLUSSOMETRIA	11,62
603	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	11,62
604	89.26	VISITA GINECOLOGICA	20,66
605	89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67,14

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
606	89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	92,96
607	89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	23,24
608	89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	37,18
609	89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	46,48
610	89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA	37,18
611	89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO	55,78
612	89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO	46,48
613	89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE	23,24
614	89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	23,24
615	89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	23,24
616	89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	46,48
617	89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	23,24
618	89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	69,72
619	89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O	46,48
620	89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	23,24
621	89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	23,24
622	89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	6,97
623	89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	6,97
624	89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	18,59
625	89.39.4	GUSTOMETRIA	9,30
626	89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	7,44
627	89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	55,78
628	89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	18,59
629	89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	55,78
630	89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO	55,78
631	89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO	83,67
632	89.44.2	TEST DEL CAMMINO	55,78
633	89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	23,24
634	89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO	61,97
635	89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,62
636	89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO	46,48
637	89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	18,59
638	89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	27,89
639	89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	18,59
640	89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	18,59
641	89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI	27,89
642	89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA	20,66
643	89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI	18,59
644	89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	18,59
645	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	41,32
646	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41,32
647	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	46,48
648	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA	12,32
649	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE	12,32
650	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE	12,32
651	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	18,59
652	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	9,30
653	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	12,32
654	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	12,32
655	89.7	VISITA GENERALE	20,66
656	90.01.1	11 DEOSSICORTISOLO	14,73
657	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	10,53
658	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]	10,58
659	90.01.4	17 IDROSSICORTICOIDI [dU]	11,25
660	90.01.5	ACIDI BILIARI	9,05
661	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]	15,80

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
662	90.02.2	ACIDO CITRICO	4,09
663	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	9,51
664	90.02.4	ACIDO IPPURICO	5,78
665	90.02.5	ACIDO LATTICO	4,84
666	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	7,02
667	90.03.2	ACIDO PIRUVICO	2,79
668	90.03.3	ACIDO SIALICO	12,55
669	90.03.4	ACIDO VALPROICO	10,88
670	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	18,55
671	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	20,57
672	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	22,65
673	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	20,59
674	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	4,70
675	90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	1,00
676	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	1,42
677	90.05.2	ALDOLASI [S]	1,95
678	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	17,11
679	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	5,30
680	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	7,40
681	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	5,31
682	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	5,30
683	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	5,30
684	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	1,84
685	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	3,65
686	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	8,18
687	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]	3,11
688	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]	11,57
689	90.07.4	AMITRIPTILINA	7,85
690	90.07.5	AMMONIO [P]	6,36
691	90.08.1	ANDROSTENEDILO GLUCURONIDE [S]	14,63
692	90.08.2	ANGIOTENSINA II	12,55
693	90.08.3	ANTIBIOTICI	8,91
694	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	5,30
695	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	5,30
696	90.09.1	APTOGLOBINA	5,30
697	90.09.2	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	1,04
698	90.09.3	BARBITURICI	7,36
699	90.09.4	BENZODIAZEPINE	10,33
700	90.09.5	BENZOLO	8,27
701	90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	5,30
702	90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	0,50
703	90.10.3	BILIRUBINA (Curva spettrofotometrica nel liquido amniotico)	0,94
704	90.10.4	BILIRUBINA TOTALE	1,13
705	90.10.5	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	1,41
706	90.11.1	C PEPTIDE	12,15
707	90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriati dopo test di stimolo (5)	50,65
708	90.11.3	CADMIO	8,18
709	90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	1,13
710	90.11.5	CALCITONINA	14,41
711	90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	8,54
712	90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	4,62
713	90.12.3	CARBAMAZEPINA	12,04
714	90.12.4	CATECOLAMINE TOTALI URINARIE	11,34
715	90.12.5	CERULOPLASMINA	5,30
716	90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]	4,93
717	90.13.2	CICLOSPORINA	14,64

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
718	90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	1,13
719	90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	9,02
720	90.13.5	COBALAMINA (VIT. B12) [S]	7,32
721	90.14.1	COLESTEROLO HDL	1,43
722	90.14.2	COLESTEROLO LDL	0,67
723	90.14.3	COLESTEROLO TOTALE	1,04
724	90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	1,36
725	90.14.5	COPROPORFIRINE	5,76
726	90.15.1	CORPI CHETONICI	0,54
727	90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	18,50
728	90.15.3	CORTISOLO [S/U]	7,79
729	90.15.4	CREATINCHINASI (CPK o CK)	1,44
730	90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	4,17
731	90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	2,61
732	90.16.2	CREATINCHINASI ISOFORME	11,30
733	90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]	1,13
734	90.16.4	CREATININA CLEARANCE	1,60
735	90.16.5	CROMO	8,18
736	90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	9,27
737	90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	15,55
738	90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	12,97
739	90.17.4	DESIPRAMINA	7,85
740	90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	20,59
741	90.18.1	DOPAMINA [S/U]	15,58
742	90.18.2	DOXEPINA	6,60
743	90.18.3	DROGHE D'ABUSO	5,39
744	90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	16,60
745	90.18.5	ERITROPOIETINA	20,66
746	90.19.1	ESTERI ORGANOFOSFORICI	4,88
747	90.19.2	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	9,11
748	90.19.3	ESTRIOLO (E3) [S/U]	6,93
749	90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO	8,27
750	90.19.5	ESTRONE (E1)	14,98
751	90.20.1	ETANOLO	6,80
752	90.20.2	ETOSUCCIMIDE	10,64
753	90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI	10,64
754	90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI	8,80
755	90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI	11,39
756	90.21.1	FARMACI DIGITALICI	9,99
757	90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	24,68
758	90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	6,14
759	90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	3,52
760	90.21.5	FENILALANINA	3,11
761	90.22.1	FENITOINA	10,74
762	90.22.2	FENOLO [U]	3,20
763	90.22.3	FERRITINA [P/(Sg)Er]	6,36
764	90.22.4	FERRO [dU]	4,79
765	90.22.5	FERRO [S]	1,14
766	90.23.1	FLUORO	5,63
767	90.23.2	FOLATO [S/(Sg)Er]	6,36
768	90.23.3	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	6,21
769	90.23.4	FOSFATASI ACIDA	1,66
770	90.23.5	FOSFATASI ALCALINA	1,04
771	90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	12,33
772	90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	10,18
773	90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	1,46

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
774	90.24.4	FOSFOESOSISOISOMERASI (PHI)	0,97
775	90.24.5	FOSFORO	1,46
776	90.25.1	FRUTTOSAMINA (PROTEINE GLICATE) [S]	2,21
777	90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]	7,43
778	90.25.3	GALATTOSIO (Prova da carico)	12,46
779	90.25.4	GALATTOSIO [S/U]	3,82
780	90.25.5	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	1,13
781	90.26.1	GASTRINA [S]	14,08
782	90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	6,70
783	90.26.3	GLUCAGONE [S]	8,23
784	90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	2,38
785	90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	3,33
786	90.27.1	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	1,17
787	90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	7,16
788	90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza [U])	6,02
789	90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	11,47
790	90.27.5	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	9,98
791	90.28.1	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	7,41
792	90.28.2	IDROSSIPROLINA [U]	16,04
793	90.28.3	IMIPRAMINA	14,11
794	90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	10,60
795	90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max. 5)	27,82
796	90.29.1	INSULINA [S]	8,75
797	90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	1,13
798	90.29.3	LATTE MULIEBRE	3,58
799	90.29.4	LATTOSIO [U/Ls]	3,42
800	90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	2,51
801	90.30.1	LEVODOPA	7,85
802	90.30.2	LIPASI [S]	2,58
803	90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	12,27
804	90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	5,89
805	90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	1,10
806	90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	10,22
807	90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	15,89
808	90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	0,93
809	90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	5,12
810	90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	8,13
811	90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,48
812	90.32.2	LITIO [P]	3,47
813	90.32.3	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	7,20
814	90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo (5)	39,12
815	90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	1,55
816	90.33.1	MANGANESE [S]	5,63
817	90.33.2	MEPROBAMATO	8,58
818	90.33.3	MERCURIO	8,18
819	90.33.4	MICROALBUMINURIA	4,11
820	90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	6,92
821	90.34.1	NEOPTERINA	11,05
822	90.34.2	NICHEL	9,11
823	90.34.3	NORTRIPTILINA	5,49
824	90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO	6,23
825	90.34.5	ORMONE LATTOGENO PLACENTARE O SOMATOMAMMOTROPINA (HPL) [S]	10,89
826	90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	10,48
827	90.35.2	ORMONI: Dosaggi seriati dopo stimolo (5)	41,06
828	90.35.3	OSSALATI [U]	6,25
829	90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	27,21

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
830	90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	18,92
831	90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	5,63
832	90.36.2	pH EMATICO	5,21
833	90.36.3	PIOMBO [S/U]	18,23
834	90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	8,48
835	90.36.5	POLIPEPTIDE INTESTINALE VASOATTIVO (VIP)	7,31
836	90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	13,19
837	90.37.2	PORFOBILINOGENO [U]	5,88
838	90.37.3	POST COITAL TEST	17,58
839	90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,02
840	90.37.5	PRIMIDONE	10,64
841	90.38.1	PROGESTERONE [S]	9,13
842	90.38.2	PROLATTINA (PRL) [S]	7,13
843	90.38.3	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH (5)	19,71
844	90.38.4	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S]	4,23
845	90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	1,13
846	90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE)	4,23
847	90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	7,62
848	90.39.3	PURINE E LORO METABOLITI	10,43
849	90.39.4	RAME [S/U]	4,69
850	90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	19,05
851	90.40.1	RECETTORI DEL PROGESTERONE	15,80
852	90.40.2	RENINA [P]	23,24
853	90.40.3	SELENIO	6,23
854	90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,02
855	90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	4,19
856	90.41.1	SUDORE (Esame con determinazione di Na+ e K+)	9,85
857	90.41.2	TEOFILLINA	12,36
858	90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	9,78
859	90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	14,22
860	90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	13,34
861	90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	5,46
862	90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH (4)	16,27
863	90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	6,36
864	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferroleante)	3,62
865	90.42.5	TRANSFERRINA [S]	4,78
866	90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO	23,33
867	90.43.2	TRIGLICERIDI	1,17
868	90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	6,40
869	90.43.4	TRIPSINA [S/U]	9,54
870	90.43.5	URATO [S/U/dU]	1,13
871	90.44.1	UREA [S/P/U/dU]	1,13
872	90.44.2	URINE CONTA DI ADDIS	3,52
873	90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	2,17
874	90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	0,50
875	90.44.5	VITAMINA D	15,86
876	90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	11,17
877	90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	11,17
878	90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)	15,91
879	90.45.4	ZINCO [S/U]	5,63
880	90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	8,43
881	90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	7,44
882	90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	9,66
883	90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	6,70
884	90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	6,05
885	90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	4,18

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
886	90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	13,19
887	90.47.4	ANTICORPI ANTI CANALE DEL CALCIO	11,30
888	90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	12,42
889	90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	8,29
890	90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	10,27
891	90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	10,69
892	90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	1,76
893	90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	8,37
894	90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	18,90
895	90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	24,27
896	90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	8,37
897	90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	11,41
898	90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	10,27
899	90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	35,84
900	90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)	35,84
901	90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)	20,97
902	90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)	18,80
903	90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	7,76
904	90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	12,07
905	90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	41,88
906	90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	10,27
907	90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	11,30
908	90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	8,18
909	90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	9,36
910	90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	7,37
911	90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	6,70
912	90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	9,56
913	90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	13,71
914	90.53.1	ANTICORPI ANTI OVAIO	7,37
915	90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	42,81
916	90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	88,21
917	90.53.4	ANTICORPI ANTI RECETTORE NICOTINICO MUSCOLARE	25,06
918	90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	25,06
919	90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	7,76
920	90.54.2	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (LIBERI) (ASA)	8,53
921	90.54.3	ANTICORPI ANTI SURRENE	6,70
922	90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	12,57
923	90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	6,97
924	90.55.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	12,98
925	90.55.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	12,66
926	90.55.3	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	11,49
927	90.55.4	ANTIGENE CARBOIDRATICO 195 (CA 195)	13,94
928	90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	14,47
929	90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	21,57
930	90.56.2	ANTIGENE CARBOIDRATICO MUCINOSO (MCA)	10,88
931	90.56.3	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	7,41
932	90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	16,60
933	90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	7,41
934	90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	19,85
935	90.57.2	ANTIGENI ERITROCITARI CD55/CD59	17,09
936	90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	17,40
937	90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	42,14
938	90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	5,02
939	90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)	18,44
940	90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	6,87
941	90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	8,23

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
942	90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]	3,99
943	90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI	24,43
944	90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	22,36
945	90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	22,36
946	90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	19,42
947	90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE	93,89
948	90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	7,42
949	90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	5,30
950	90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	361,52
951	90.60.4	CRIOCONSERVAZIONE SIERO PRE-TRAPIANTO	2,19
952	90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	32,90
953	90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	1,74
954	90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	12,60
955	90.61.3	CYFRA 21-1	19,05
956	90.61.4	D-DIMERO (EIA)	10,30
957	90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)	4,99
958	90.62.1	EMAZIE (Conteggio), EMOGLOBINA	0,88
959	90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.	3,17
960	90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	12,09
961	90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	15,34
962	90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	2,23
963	90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	10,94
964	90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	6,71
965	90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO	21,03
966	90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO	3,42
967	90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	18,80
968	90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	29,10
969	90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	4,73
970	90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) (Ciascuno)	14,31
971	90.64.4	FENOTIPO Rh	10,59
972	90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD. DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	12,18
973	90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	2,67
974	90.65.2	GLICOPROTEINA RICCA IN ISTIDINA	9,14
975	90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	7,75
976	90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo	5,16
977	90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	108,46
978	90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	2,09
979	90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2	9,61
980	90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	4,77
981	90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)	14,36
982	90.67.1	Hb - ISOELETTROFOCALIZZAZIONE	16,65
983	90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	12,86
984	90.67.3	Hb - TEST DI STABILITA' [(Sg)Er]	1,76
985	90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO	86,92
986	90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	6,60
987	90.68.1	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: QUANTITATIVO	71,18
988	90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	9,92
989	90.68.3	IgE TOTALI	7,77
990	90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	11,30
991	90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	14,73
992	90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	5,50
993	90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	20,88
994	90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	16,37
995	90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	4,99
996	90.69.5	INIBITORE ATTIVATORE DEL PLASMINOGENO (PAI I)	9,61
997	90.70.1	INTERFERONE	20,59

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
998	90.70.2	INTERLEUCHINA 2	17,67
999	90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	6,77
1.000	90.70.4	LEUCOCITI (Conteggio e formula leucocitaria microscopica) [(Sg)]	3,91
1.001	90.70.5	LEUCOCITI (Conteggio) [(Sg)]	3,10
1.002	90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	2,76
1.003	90.71.2	MONOMERI SOLUBILI DI FIBRINA (FS Test)	7,08
1.004	90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	1,80
1.005	90.71.4	PINK TEST	2,79
1.006	90.71.5	PLASMINOGENO	13,98
1.007	90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	9,09
1.008	90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	9,09
1.009	90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	3,87
1.010	90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	11,88
1.011	90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	9,81
1.012	90.73.1	PROTROMBINA FRAMMENTI 1, 2	4,65
1.013	90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	8,47
1.014	90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	6,04
1.015	90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena-Fingerprint)	117,91
1.016	90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	53,61
1.017	90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	51,18
1.018	90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	2,14
1.019	90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	7,82
1.020	90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)	7,67
1.021	90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]	3,50
1.022	90.75.1	SOSTANZA AMILOIDE RICERCA	3,07
1.023	90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC. MIELKE	1,44
1.024	90.75.3	TEMPO DI LISI EUGLOBULINICA	1,58
1.025	90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	2,85
1.026	90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	3,26
1.027	90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	2,85
1.028	90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	4,84
1.029	90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	2,79
1.030	90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	2,79
1.031	90.76.5	TEST DI HAM	4,80
1.032	90.77.1	TEST DI KLEIHAUER (Ricerca emazie fetali)	3,25
1.033	90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	9,04
1.034	90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	44,20
1.035	90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	36,41
1.036	90.77.5	TEST FUNZIONALI PRE-TRAPIANTO (HTLp, CTLp)	477,21
1.037	90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)	4,18
1.038	90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	101,48
1.039	90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,12
1.040	90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	101,48
1.041	90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,12
1.042	90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	101,48
1.043	90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,12
1.044	90.79.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DP MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,12
1.045	90.79.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPA1 AD ALTA RISOLUZIONE	155,30
1.046	90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	188,71
1.047	90.80.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQ MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,12
1.048	90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,38
1.049	90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	109,13
1.050	90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,38
1.051	90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,12
1.052	90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	213,35

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.053	90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	311,58
1.054	90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. compl. loci A, B, C, o loci A, B)	149,26
1.055	90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. compl. loci DR, DQ o locus DP)	158,66
1.056	90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	17,09
1.057	90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	2,79
1.058	90.82.2	TROMBOSSANO B2	5,07
1.059	90.82.3	TROPONINA I	11,46
1.060	90.82.4	VALORE EMATOCRITO	0,69
1.061	90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	1,95
1.062	90.83.1	VISCOSITA' EMATICA	23,71
1.063	90.83.2	VISCOSITA' PLASMATICA	5,58
1.064	90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	8,57
1.065	90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS	59,91
1.066	90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	34,09
1.067	90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C.almeno 10 antibiotici)	15,84
1.068	90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	9,90
1.069	90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	13,86
1.070	90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)	6,35
1.071	90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	6,35
1.072	90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)	7,71
1.073	90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., almeno 10 antibiotici)	12,19
1.074	90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA	7,10
1.075	90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA	1,60
1.076	90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA	2,27
1.077	90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas	12,19
1.078	90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas	7,55
1.079	90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI	4,62
1.080	90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	2,31
1.081	90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	2,43
1.082	90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI	4,65
1.083	90.87.2	BATTERI POTERE BATTERICIDA DEL SIERO SULL'ISOLATO CLINICO	6,35
1.084	90.87.3	BATTERI PRODOTTI METABOLICI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI IDENTIFICAZIONE	2,27
1.085	90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A.)	11,06
1.086	90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A.)	9,08
1.087	90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F.)	12,60
1.088	90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	3,31
1.089	90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA	9,24
1.090	90.88.4	CAMPYLOBACTER DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	6,81
1.091	90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	5,89
1.092	90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)	11,57
1.093	90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	6,27
1.094	90.89.3	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	3,41
1.095	90.89.4	CHLAMYDIE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (I.F.)	3,62
1.096	90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	25,20
1.097	90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	9,41
1.098	90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F.)	14,00
1.099	90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	15,09
1.100	90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,36
1.101	90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	11,90
1.102	90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	6,45
1.103	90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	3,41
1.104	90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F.)	6,22
1.105	90.91.4	E. COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,53
1.106	90.91.5	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,16
1.107	90.92.1	E. COLI PATOGENI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
1.108	90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A.)	7,75

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.109	90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	9,79
1.110	90.92.4	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A.)	15,96
1.111	90.92.5	ENTAMOEBA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	7,48
1.112	90.93.1	ENTAMOEBA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	7,64
1.113	90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIIURI] RICERCA MICROSCOPICA	3,69
1.114	90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI	7,46
1.115	90.93.4	ESAME COLTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO	7,48
1.116	90.93.5	ESAME COLTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE	7,48
1.117	90.94.1	ESAME COLTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA]	26,44
1.118	90.94.2	ESAME COLTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA]	8,31
1.119	90.94.3	ESAME COLTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA]	12,01
1.120	90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A.)	9,14
1.121	90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	5,45
1.122	90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova biochimica)	5,58
1.123	90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	7,92
1.124	90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	18,44
1.125	90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	9,14
1.126	90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	13,94
1.127	90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	12,70
1.128	90.96.2	LEISHMANIA SPP. NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)	3,98
1.129	90.96.3	LEPTOSPIRE ANTICORPI (E.I.A.)	13,94
1.130	90.96.4	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,85
1.131	90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	11,61
1.132	90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	4,46
1.133	90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D.)	14,54
1.134	90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C., fino a 5 antimicotici)	10,54
1.135	90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,36
1.136	90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	6,66
1.137	90.98.1	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,32
1.138	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)	3,30
1.139	90.98.3	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
1.140	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	4,02
1.141	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	3,30
1.142	91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	56,81
1.143	91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	10,79
1.144	91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A.)	10,79
1.145	91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico)	18,59
1.146	91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	24,48
1.147	91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	37,49
1.148	91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)	16,01
1.149	91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)	10,40
1.150	91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	4,29
1.151	91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)	12,31
1.152	91.03.1	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	7,08
1.153	91.03.2	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,16
1.154	91.03.3	MICOPLASMA PNEUMONIAE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
1.155	91.03.4	MICOPLASMA PNEUMONIAE IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	9,41
1.156	91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAES ESAME COLTURALE	3,85
1.157	91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE	3,85
1.158	91.04.2	NEISSERIAES IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,36
1.159	91.04.3	NEISSERIAES IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
1.160	91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)	4,29
1.161	91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	4,29
1.162	91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	23,95
1.163	91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)	5,72

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.164	91.05.3	PARASSITI INTESTINALI [PROTOZOI] ESAME COLTURALE (Coltura xenica)	9,24
1.165	91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz. o arricchim.)	5,72
1.166	91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)	4,29
1.167	91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	9,52
1.168	91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO	3,98
1.169	91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F.)	8,80
1.170	91.06.4	PROTOZOI IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE	7,64
1.171	91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	4,96
1.172	91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP.] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]	9,96
1.173	91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A.)	6,61
1.174	91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]	4,02
1.175	91.07.4	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA DI GRUPPO	8,91
1.176	91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	11,06
1.177	91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	8,03
1.178	91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	7,48
1.179	91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	9,90
1.180	91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	4,46
1.181	91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T.A.S.]	4,85
1.182	91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	6,35
1.183	91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	6,35
1.184	91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A.)	19,51
1.185	91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A.)	7,79
1.186	91.09.5	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [TEST DI FULTON]	3,36
1.187	91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	11,78
1.188	91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A.)	8,03
1.189	91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F.) [FTA-ABS]	9,90
1.190	91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	4,08
1.191	91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	5,78
1.192	91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	3,36
1.193	91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	4,13
1.194	91.11.3	VIBRIO CHOLERAЕ NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,53
1.195	91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	8,16
1.196	91.11.5	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	63,52
1.197	91.12.1	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)	69,88
1.198	91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	40,91
1.199	91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	12,65
1.200	91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,92
1.201	91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	27,99
1.202	91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,22
1.203	91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	36,20
1.204	91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva)	7,65
1.205	91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)	7,65
1.206	91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)	12,10
1.207	91.14.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A.)	8,07
1.208	91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	6,38
1.209	91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A.)	8,78
1.210	91.14.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	36,15
1.211	91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	33,19
1.212	91.15.1	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL LATTE MATERNO E NEL TAMPONE FARINGEO ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,41
1.213	91.15.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	36,15
1.214	91.15.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NEL SANGUE ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,41

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.215	91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,41
1.216	91.15.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ACIDI NUCLEICI IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE	36,15
1.217	91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,92
1.218	91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)	15,07
1.219	91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F.)	5,16
1.220	91.16.4	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante M. E.)	27,99
1.221	91.16.5	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante Neutralizzazione)	7,59
1.222	91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	10,05
1.223	91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	12,01
1.224	91.17.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE (Previa reazione polimerasica a catena)	63,42
1.225	91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	40,01
1.226	91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	10,01
1.227	91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	10,01
1.228	91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	10,01
1.229	91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	10,01
1.230	91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	10,01
1.231	91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	7,90
1.232	91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)	13,84
1.233	91.19.2	VIRUS EPATITE B [HBV] DNA-POLIMERASI	23,34
1.234	91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	63,01
1.235	91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	77,47
1.236	91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	10,01
1.237	91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,77
1.238	91.20.2	VIRUS EPATITE C [HCV] TIPIZZAZIONE GENOMICA	77,47
1.239	91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	12,03
1.240	91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	21,74
1.241	91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	17,97
1.242	91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)	13,48
1.243	91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F.)	12,45
1.244	91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	7,64
1.245	91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R. PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	10,51
1.246	91.21.5	VIRUS HERPES ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,92
1.247	91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	7,92
1.248	91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	25,20
1.249	91.22.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV] ANALISI QUANTITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	54,23
1.250	91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	10,90
1.251	91.22.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	34,89
1.252	91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	25,69
1.253	91.23.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI ANTI ANTIGENE P24 (E.I.A.)	6,52
1.254	91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A.)	7,72
1.255	91.23.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 DA COLTURE LINFOCITARIE (E.I.A.)	20,99
1.256	91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	19,03
1.257	91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	11,20
1.258	91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	20,16
1.259	91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A.)	9,41
1.260	91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F.)	9,41
1.261	91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	7,92
1.262	91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A.)	10,11
1.263	91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F.)	6,51
1.264	91.25.3	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	9,50
1.265	91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)	9,41
1.266	91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A.)	11,11

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.267	91.26.1	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (I.F.)	7,23
1.268	91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	5,78
1.269	91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	63,01
1.270	91.26.4	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	7,88
1.271	91.26.5	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	3,98
1.272	91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A.)	9,41
1.273	91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F.)	8,80
1.274	91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)	8,80
1.275	91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	6,51
1.276	91.27.5	YERSINIA NELLE FECE ESAME COLTURALE	2,53
1.277	91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA	130,10
1.278	91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	123,95
1.279	91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	120,33
1.280	91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	112,59
1.281	91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	123,95
1.282	91.29.1	ANALISI DEL DNA ED IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE (Southern blot)	153,56
1.283	91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO	64,56
1.284	91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	56,81
1.285	91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	120,08
1.286	91.29.5	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA	120,08
1.287	91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA	158,55
1.288	91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR)	154,77
1.289	91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO	155,97
1.290	91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE	115,17
1.291	91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat. abortivo, ecc.)	92,96
1.292	91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO	135,96
1.293	91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE	112,81
1.294	91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO	134,09
1.295	91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI	135,96
1.296	91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	28,41
1.297	91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	28,41
1.298	91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	24,79
1.299	91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	27,89
1.300	91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	28,41
1.301	91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	26,08
1.302	91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	24,79
1.303	91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	25,56
1.304	91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	28,41
1.305	91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	108,19
1.306	91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	87,80
1.307	91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	144,21
1.308	91.34.2	COLTURA DI LINEE CELLULARI STABILIZZATE CON VIRUS	143,58
1.309	91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	122,92
1.310	91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	95,54
1.311	91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	97,13
1.312	91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	118,79
1.313	91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE	92,96
1.314	91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	82,63
1.315	91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	145,42
1.316	91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA	58,62
1.317	91.36.1	CONSERVAZIONE DI CAMPIONI DI DNA O DI RNA	40,54
1.318	91.36.2	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI COLTURE CELLULARI	32,90
1.319	91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	39,93
1.320	91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	51,43
1.321	91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale)	59,05
1.322	91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	81,60

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.323	91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	342,87
1.324	91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	226,27
1.325	91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	150,29
1.326	91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI	186,44
1.327	91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE)	120,59
1.328	91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	120,59
1.329	91.38.3	SINTESI DI OLIGONUCLEOTIDI (Ciascuno)	120,59
1.330	91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	47,00
1.331	91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	11,16
1.332	91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	33,78
1.333	91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,17
1.334	91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,17
1.335	91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE	14,10
1.336	91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo	27,17
1.337	91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea	27,17
1.338	91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice	14,10
1.339	91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice	14,10
1.340	91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	14,10
1.341	91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale	27,17
1.342	91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale	14,10
1.343	91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica	39,41
1.344	91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	14,10
1.345	91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	46,48
1.346	91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare	14,10
1.347	91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)	46,48
1.348	91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)	14,10
1.349	91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	43,64
1.350	91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica	43,64
1.351	91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali	14,10
1.352	91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)	14,10
1.353	91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	46,48
1.354	91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea	14,10
1.355	91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)	46,48
1.356	91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica	46,48
1.357	91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	46,48
1.358	91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari	14,10
1.359	91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale	46,48
1.360	91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina	14,10
1.361	91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)	14,10
1.362	91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)	14,10
1.363	91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)	46,48
1.364	91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene	14,10
1.365	91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare	14,10
1.366	91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale	14,10
1.367	91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)	14,10
1.368	91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)	46,48
1.369	91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	46,48
1.370	91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale	14,10
1.371	91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica	46,48
1.372	91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia	27,17
1.373	91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	46,48
1.374	91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)	79,64
1.375	91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale	79,64
1.376	91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare	79,64
1.377	91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea	46,48

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.378	91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P.: Biopsia di nervo periferico	27,17
1.379	91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	85,06
1.380	91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	4,12
1.381	91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	5,72
1.382	91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	7,00
1.383	91.49.2	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	2,58
1.384	91.49.3	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	2,58
1.385	91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	6,04
1.386	91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	5,58
1.387	91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	4,65
1.388	91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni)	11,62
1.389	91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	32,54
1.390	91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)	23,24
1.391	92.01.1	CAPTAZIONE TIROIDEA	44,98
1.392	92.01.2	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	46,12
1.393	92.01.3	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	33,36
1.394	92.01.4	SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	179,73
1.395	92.02.1	SCINTIGRAFIA EPATICA	64,56
1.396	92.02.2	SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE	115,01
1.397	92.02.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI,	103,55
1.398	92.02.4	SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI	154,94
1.399	92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA	25,93
1.400	92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE	56,81
1.401	92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA	22,98
1.402	92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE	112,33
1.403	92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE	74,42
1.404	92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE	41,26
1.405	92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	63,89
1.406	92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	51,65
1.407	92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	92,96
1.408	92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	103,29
1.409	92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	61,46
1.410	92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE,	187,01
1.411	92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	51,65
1.412	92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS)	98,13
1.413	92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO	129,11
1.414	92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	90,12
1.415	92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	108,46
1.416	92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1071,65
1.417	92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	134,80
1.418	92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE	41,26
1.419	92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	46,22
1.420	92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE	179,31
1.421	92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	143,58
1.422	92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI,	221,25
1.423	92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	98,13
1.424	92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	126,27
1.425	92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	129,11
1.426	92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	206,58
1.427	92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	238,81
1.428	92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	939,95
1.429	92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET)	1071,65
1.430	92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	191,09
1.431	92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	57,84
1.432	92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	78,35
1.433	92.15.1	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	68,48

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.434	92.15.2	SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	198,63
1.435	92.15.3	STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE	22,98
1.436	92.15.4	SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	169,45
1.437	92.15.5	TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE	34,71
1.438	92.16.1	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	110,52
1.439	92.18.1	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	213,55
1.440	92.18.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	113,10
1.441	92.18.3	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	136,60
1.442	92.18.4	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	251,57
1.443	92.18.5	SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	251,57
1.444	92.18.6	TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1071,65
1.445	92.19.1	SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	259,00
1.446	92.19.2	SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	293,45
1.447	92.19.3	SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	51,65
1.448	92.19.5	ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	86,25
1.449	92.19.6	SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY	24,79
1.450	92.21.1	ROENTGENTERAPIA	9,00
1.451	92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA	27,13
1.452	92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA	32,63
1.453	92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA	64,63
1.454	92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	44,75
1.455	92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	64,63
1.456	92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE	96,88
1.457	92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	987,75
1.458	92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI	48,00
1.459	92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	1317,00
1.460	92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA	348,63
1.461	92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	546,00
1.462	92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR)	179,50
1.463	92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE	461,00
1.464	92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO	64,63
1.465	92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	84,50
1.466	92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI	17,75
1.467	92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	225,00
1.468	92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	658,50
1.469	92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI	274,38
1.470	92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	1032,88
1.471	92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	67,75
1.472	92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	122,63
1.473	92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE	161,38
1.474	92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO	29,88
1.475	92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC	113,00
1.476	92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO	14,00
1.477	92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA	59,38
1.478	92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO	126,75
1.479	92.29.9	PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI	108,63
1.480	93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE	12,91
1.481	93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA	7,75
1.482	93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE	7,75
1.483	93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI	7,75
1.484	93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	7,75
1.485	93.03	VALUTAZIONE PROTESICA	7,75
1.486	93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE	11,62
1.487	93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE	7,75
1.488	93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	19,37
1.489	93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	10,85

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.490	93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	13,43
1.491	93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	8,01
1.492	93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO	9,71
1.493	93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	10,33
1.494	93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA	10,33
1.495	93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA	10,33
1.496	93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali]	13,43
1.497	93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE	10,33
1.498	93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA	10,33
1.499	93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE	10,33
1.500	93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA	10,33
1.501	93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA	10,33
1.502	93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA	10,33
1.503	93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	11,36
1.504	93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE	9,09
1.505	93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	8,52
1.506	93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE	6,82
1.507	93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO	4,96
1.508	93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE	14,20
1.509	93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI	8,83
1.510	93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI	11,36
1.511	93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI	3,41
1.512	93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI	10,23
1.513	93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI	4,44
1.514	93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO	10,17
1.515	93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	7,95
1.516	93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA'	7,23
1.517	93.31.1	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	9,97
1.518	93.31.2	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	2,43
1.519	93.31.3	IDROMASSOTERAPIA	3,72
1.520	93.33.1	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	7,23
1.521	93.33.2	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	2,07
1.522	93.34.1	DIATERMIA AD ONDE CORTE E MICROONDE	2,12
1.523	93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE	12,81
1.524	93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA	1,81
1.525	93.35.3	PARAFFINOTERAPIA	2,32
1.526	93.35.4	IPERtermIA NAS	7,75
1.527	93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	19,11
1.528	93.37	TRAINING PRENATALE	122,56
1.529	93.39.1	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA	3,72
1.530	93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO	8,52
1.531	93.39.3	PRESSOTERAPIA O PRESSO-DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE	4,44
1.532	93.39.4	ELETTROTERAPIA ANTALGICA	2,12
1.533	93.39.5	ELETTROTERAPIA ANTALGICA	3,05
1.534	93.39.6	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO	2,53
1.535	93.39.7	ELETTROTERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI	2,53
1.536	93.39.8	MAGNETOTERAPIA	1,34
1.537	93.39.9	ULTRASONOTERAPIA	1,34
1.538	93.43.1	TRAZIONE SCHELETRICA	3,82
1.539	93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI	11,36
1.540	93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO	30,99
1.541	93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO	30,99
1.542	93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO	30,99
1.543	93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE	7,75
1.544	93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	13,58
1.545	93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	25,20

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
1.546	93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMIERO-MANO, STIVALE	18,90
1.547	93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	12,60
1.548	93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	22,72
1.549	93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	11,62
1.550	93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE	5,84
1.551	93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	3,87
1.552	93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	25,20
1.553	93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	21,33
1.554	93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	7,75
1.555	93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	13,58
1.556	93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	21,33
1.557	93.56.7	ALTRO BENDAGGIO	17,46
1.558	93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI	9,71
1.559	93.71.1	TRAINING PER DISLESSIA	8,42
1.560	93.71.2	TRAINING PER DISLESSIA	2,07
1.561	93.71.3	TRAINING PER DISCALCULIA	8,42
1.562	93.71.4	TRAINING PER DISCALCULIA	2,07
1.563	93.72.1	TRAINING PER DISFASIA	8,42
1.564	93.72.2	TRAINING PER DISFASIA	2,07
1.565	93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO	8,42
1.566	93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO	2,07
1.567	93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	4,39
1.568	93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO	1,08
1.569	93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE	4,39
1.570	93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE	1,08
1.571	93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE	8,73
1.572	93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	8,42
1.573	93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI	2,07
1.574	93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE	5,84
1.575	93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE	1,55
1.576	93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA	82,63
1.577	93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE	8,21
1.578	93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI	7,75
1.579	94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	9,71
1.580	94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO	15,49
1.581	94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA	5,84
1.582	94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	5,84
1.583	94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	5,84
1.584	94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	5,84
1.585	94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	7,75
1.586	94.08.4	ESAME DELL' AFASIA	27,11
1.587	94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	5,84
1.588	94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	5,84
1.589	94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	19;37
1.590	94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO	12,91
1.591	94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	19,37
1.592	94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	19,37
1.593	94.32	IPNOTERAPIA	15,49
1.594	94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE	23,24
1.595	94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO	9,71
1.596	95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO	13,27
1.597	95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO	20,66
1.598	95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	58,10
1.599	95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO	16,78
1.600	95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE	7,75
1.601	95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	7,75

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
1.602	95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	7,75
1.603	95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	7,75
1.604	95.09.2	ESOFALMOMETRIA	7,75
1.605	95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	7,75
1.606	95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS	3,87
1.607	95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	3,87
1.608	95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCEINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	46,48
1.609	95.13	ECOGRAFIA OCULARE	19,37
1.610	95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	38,73
1.611	95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE	30,99
1.612	95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	15,49
1.613	95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	15,49
1.614	95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO	7,75
1.615	95.21	ELETTRORETINOGRAMMA (ERG, FLASH-PATTERN)	33,57
1.616	95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	33,57
1.617	95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP)	23,24
1.618	95.23.1	INTERFEROMETRIA	7,75
1.619	95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	18,23
1.620	95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	25,98
1.621	95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	30,99
1.622	95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	7,75
1.623	95.35	TRAINING ORTOTTICO	5,42
1.624	95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	9,76
1.625	95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	9,76
1.626	95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	20,66
1.627	95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	11,93
1.628	95.42	IMPEDENZOMETRIA	8,68
1.629	95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA	25,31
1.630	95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	16,27
1.631	95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	16,27
1.632	95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE	32,54
1.633	95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE	16,27
1.634	95.47	ESAME DELL' UDITO NAS	12,91
1.635	95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO	11,93
1.636	95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	9,76
1.637	95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	12,29
1.638	95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	23,71
1.639	95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	19,52
1.640	96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	9,71
1.641	96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	9,71
1.642	96.22	DILATAZIONE DEL RETTO	9,71
1.643	96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE	9,71
1.644	96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	11,62
1.645	96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	11,62
1.646	96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA	9,71
1.647	96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO	3,87
1.648	96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO	7,75
1.649	96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	9,71
1.650	96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	3,87
1.651	96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE	5,84
1.652	96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE	15,49
1.653	96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA	3,87
1.654	97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO	9,71
1.655	97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE	15,49
1.656	97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE	6,46
1.657	97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	9,71

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

TARIFFE

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	TARIFFE
1.658	97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	9,71
1.659	97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE	9,71
1.660	98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA,	8,42
1.661	98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO,	31,25
1.662	98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO	61,97
1.663	98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO,	29,44
1.664	98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO,	8,42
1.665	98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO,	8,42
1.666	98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE,	15,13
1.667	98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE,	15,13
1.668	98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI,	18,49
1.669	98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO,	23,50
1.670	98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA,	10,07
1.671	98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE,	10,07
1.672	98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA,	35,79
1.673	98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	7,75
1.674	98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO,	7,75
1.675	98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO,	7,75
1.676	98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA,	7,75
1.677	98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE,	7,75
1.678	98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCEP TO SCROTO, PENE E VULVA,	7,75
1.679	98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO,	7,75
1.680	98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCEP TO LA MANO,	7,75
1.681	98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE,	7,75
1.682	98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCEP TO IL PIEDE,	7,75
1.683	99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	11,62
1.684	99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	25,82
1.685	99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA	11,62
1.686	99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	11,62
1.687	99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	11,62
1.688	99.23	INIEZIONE DI STEROIDI	9,71
1.689	99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	11,62
1.690	99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERICAPICHE PER TUMORE,	9,71
1.691	99.27	IONOFORESI	1,76
1.692	99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	10,07
1.693	99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	10,07
1.694	99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	6,46
1.695	99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	6,46
1.696	99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	7,75
1.697	99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	7,75
1.698	99.29.7	MESOTERAPIA	6,71
1.699	99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	7,75
1.700	99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	9,71
1.701	99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	438,99
1.702	99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	402,84
1.703	99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	373,40
1.704	99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	43,90
1.705	99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00
1.706	99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA	8,78
1.707	99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE	82,25
1.708	99.88	FOTOFERESI TERAPEUTICA	7,75
1.709	99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA	9,71
1.710	99.92	ALTRA AGOPUNTURA	8,52
1.711	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	5,84
1.712	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	5,84
1.713	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	13,43

PRESTAZIONI di ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**TARIFFE**

PROGR	CODIC	DESCRIZIONE	
1.714	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE	13,43
1.715	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA	3,10

FederLab Italia