





DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**OGGETTO:** Definizione del Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche e relative tariffe.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente deliberazione, predisposto dalla P.F. Assistenza Territoriale, dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole di cui all'articolo 16 bis della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica del Dirigente della P.F. Assistenza Territoriale e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Direttore della Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTO l'articolo 28, primo comma dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1;

**DELIBERA**

- Di definire il Nomenclatore delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche e relative tariffe elencate nell'allegato A che costituisce parte integrante e sostanziale della presente delibera;
- Di dare mandato al Dirigente del Servizio Salute di adottare il catalogo per il Centro Unico di Prenotazione (CUP);
- Di stabilire che le modifiche e le integrazioni introdotte con il presente atto vengano applicate, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogate, con decorrenza dal 01/01/15.
- Di stabilire che le tariffe delle prestazioni identificate con asterisco nell'Allegato A si intendono di volta in volta confermate previa acquisizione della comunicazione annuale del Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art.12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n.2271/CSR) certificante l'equilibrio economico finanziario del settore sanitario della regione Marche.
- Di stabilire che in caso di certificazione, da parte del suddetto Tavolo di verifica degli adempimenti, relativa al mancato raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario del settore sanitario da parte della regione Marche, le tariffe delle prestazioni identificate con asterisco nell'Allegato A sono automaticamente aggiornate a quelle del DM 18/10/2012, con decorrenza dal mese successivo a quello della predetta comunicazione del Tavolo di verifica degli adempimenti.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Elisa Moroni)

**Fabio Tavazzani**

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA  
(Gian Mario Spacca)

rlu



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**DOCUMENTO ISTRUTTORIO**

***Riferimenti normativi***

Decreto legislativo 502/1992

DM del 15.04.1994 “ Criteri Generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera”

DM del 07.11.1991 Revisione del nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

DM del 22.07.1996 “ Prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell’ambito del SSN e relative tariffe”

DM del 28.05.1999 n. 329 “ Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell’art.5, comma 1, lettera a), del DL n.124 del 29.4.1998”

DPCM del 29.11. 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”

DM del 18.10.2012 Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e assistenza specialistica ambulatoriale.

DGR n. 3825 del 16/12/1996 “ legge 549/95 definizione del piano delle prestazioni erogabili da parte delle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate nelle Marche “

DGR n.1323 del 16/07/2002 “DPCM 29.11.2001 – Indirizzi per l’attuazione della disciplina dei livelli essenziali di assistenza del SSN”

DGR n.787 del 03.06.2003 “DPCM 29.11.2001 – Indirizzi per l’attuazione della disciplina dei livelli essenziali di assistenza del SSN – Determinazione delle tariffe per gli interventi di chirurgia oculistica refrattiva”

DGR n.991 del 15.07.2003 “Determinazione delle tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a valere dal 01.08.2003”

DGR n.1666 del 01.12.2003 “Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale - Revisione della branca Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia, virologia, anatomia e istologia patologica, genetica, immuno-ematologia e servizi trasfusionali”.

DGR n.1116 del 01.10.2004 “Rideterminazione delle tariffe relative alle prestazioni di diagnostica strumentale (P.E.T.)”

DGR n.1410 del 23.11.2004 “Aggiornamento del nomenclature tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 per le prestazioni della branca di diagnostica per immagini: radiologia diagnostica”

DGR n.1552 del 14.12.2004 “Revisione e aggiornamento del nomenclature tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale relativamente alla branca Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologia, virologia, anatomia e istologia patologica, genetica, immuno-ematologia e servizi trasfusionali”

DGR n.1673 del 28.12.2004 “Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 per le prestazioni della branca specialistica di odontostomatologia - chirurgia maxillo facciale.

DGR n.1674 del 28.12.2004“Aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 per le prestazioni di litotrissia extracorporea”.

DGR n.1675 del 28.12.2004 “Aggiornamento del nomenclature tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale D.M. 22.07.1996 per le prestazioni della branca radioterapia.

DGR n.486 del 30.03.2005 “Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 branca diagnostica per immagini: medicina nucleare - Modifica ed integrazione delle DGR n.1410/04 e n. 1552/04”

DGR n.116 del 07.02.2006 “Integrazione al nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 e successive integrazioni regionali - Introduzione nella branca specialistica di oculistica della prestazione “Terapia fotodinamica della degenerazione maculare retinica”.

DGR n.295 del 22.03.2006 “Rettifica della DGR n. 486 del 30.03.2005, avente per oggetto Aggiornamento del nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale D.M. 22.07.1996 Branca diagnostica per immagini: Medicina nucleare – modifica”.

DGR n.418 del 10.04.2006 “Linee di indirizzo regionali sulle attività di osservazione breve intensiva”.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DGR n.565 del 15.05.2006 "Revisione ed aggiornamento della DGR n. 1674/2004 sulle prestazioni di litotrissia extra-corporea".

DGR n.567 del 15.05.2006 Integrazione e rettifica della DGR 1410/04 avente per oggetto Aggiornamento del nomenclature tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui la D.M. 22.7.96 per le prestazioni della branca di diagnostica per immagini :radiologia diagnostica

DGR n.873 del 24.07.2006 "Aggiornamento del nomenclatore tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui al D.M. 22.07.1996 per le prestazioni della branca diagnostica per immagini: radiologia diagnostica - Revoca della DGR n.567 del 15.05.2006

DGR n.858 del 25.05.2009 "Trasferimento del livello erogativo di prestazioni di oculistica, di ortopedia e di chirurgia vascolare dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale".

DGR n.61 del 18.01.2010 "Trasferimento del livello erogativo della prestazione oculistica di "Iniezione intravitreale di sostanze terapeutiche" dal regime di ricovero ordinario e DH a regime ambulatoriale".

DGR n.1153 del 19.07.2010 "Aggiornamento ed inserimento nel nomenclature tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del D.M. del 22.luglio 1996 e successive integrazioni regionali.

DGR n.1515 del 14.11.2011 "Allegato A al Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'intesa della Conferenza Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 "Prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in regime di day surgery - trasferibili al regime ambulatoriale" Approvazione liste e definizione dei valori soglia di ammissibilità al ricovero ordinario ed a ciclo diurno delle prestazioni e delle relative tariffe ambulatoriali"

DGR n.769 del 28.05.2012 "Approvazione del documento "Linee guida sull'appropriatezza delle prestazioni di medicina di laboratorio. Introduzione dei test riflessi" e conseguente aggiornamento del nomenclatore tariffario regionale delle prestazioni specialistiche ambulatoriali di cui alla DGR 1552 del 14 dicembre 2004 e s.m.i."

DGR n.1793 del 28/12/2012 "Approvazione documenti di indirizzo regionale relativi alla attività di chirurgia ambulatoriale - Integrazione D.G.R. n. 1515/2011"

DGR n. 709 del 09/06/2014 "Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche"

DGR n. 1218 del 27/10/14 "Recepimento dell'Intesa Stato Regioni Repertorio Atti n.: 98/CSR del 05/08/2014 Appendice 2. "Definizione dei requisiti per la Chirurgia Ambulatoriale" della Regione Marche e aggiornamento procedure eseguibili"

DGR n. 1246 del 10/11/14" Recepimento dell'Accordo ai sensi dell'Articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento re-cante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio del 23 marzo 2011"

**Motivazione ed esito dell'istruttoria**

Il Ministero della Sanità con DM del 22.07.1996 "restazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe" ha individuato l'elenco delle prestazioni di assistenza ambulatoriale ivi compresa la diagnostica strumentale e di laboratorio erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e le relative tariffe. Il decreto prevede la possibilità che le Regioni e le Province autonome possano "prevedere l'erogazione, nel proprio territorio di ulteriori prestazioni rispetto a quelle elencate nell'allegato 1, curandone la codifica."

IL DPCM del 29.11.2001 ha definito i livelli essenziali di assistenza (LEA) affermando che le prestazioni di assistenza sanitaria garantite dal Servizio Sanitario Nazionale sono quelle riconducibili ai LEA dallo stesso esplicitati e riconducibili all'elenco del DM del 22.7.1996.

Il Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze con il DM 18 ottobre 2012, pubblicata nella G.U. 28 gennaio 2013 n. 23, ha determinato le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale. Il Decreto individua anche i criteri generali in base ai quali le Regioni sono tenute ad adottare il proprio sistema tariffario nel rispetto del principio di appropriatezza e di efficienza.

Il citato Decreto assorbe il valore dello sconto vigente nel settore privato (art.1, comma 796, lettera o) della Legge 27.12.2006 n. 296), garantendo, a livello complessivo nazionale, l'invarianza di impatto finanziario e stabilisce all'art.5,

RM



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

comma 2, che gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restino a carico dei bilanci regionali e che tale disposizione s'intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'art.12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005 (Rep. Atti n.2271/CSR), abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico finanziario del settore sanitario.

Al fine di garantire l'invarianza di spesa, nell'applicazione del decreto, le regioni devono fare riferimento sia alla modulazione del proprio fabbisogno sanitario in funzione del percorso di efficientamento e di recupero in termini di appropriatezza prescrittiva, sia alla determinazione dei tetti di spesa in sede di stipula degli accordi/contratti con gli erogatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa.

Nell'ambito della pianificazione sanitaria regionale, in coerenza con le recenti indicazioni ministeriali la Regione ha promosso atti volti a razionalizzare la rete ospedaliera con la ridefinizione dei presidi ospedalieri (DGR n. 478/2013) e la riconversione dei piccoli ospedali come previsto dalla DGR n. 1696 del 03/12/2012 e dalla DGR n. 735 del 20/05/2013 che approva la "Riduzione della frammentazione della Rete Ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della Rete Territoriale della Emergenza-Urgenza della Regione Marche".

La regione Marche a seguito del riassetto organizzativo, degli accordi con gli erogatori privati ed in coerenza con il citato DM 18/10/2012, con la DGR n. 709 del 09/06/14 "Aggiornamento tariffe per prestazione di assistenza ospedaliera per gli erogatori pubblici e privati accreditati della Regione Marche" ha definito le nuove tariffe dei ricoveri ospedalieri per acuti, lungodegenza e riabilitazione degli erogatori pubblici e privati.

Non si è proceduto nell'immediato all'adozione per quanto attiene la specialistica ambulatoriale poiché, nel corso dei mesi precedenti l'atto di che trattasi, si sono svolti numerosi incontri allo scopo di definire i nuovi accordi con le strutture del privato erogatrici di prestazioni di specialistica di laboratorio che hanno condotto alla recente adozione della deliberazione n. 1246 del 10/11/14.

Con DGR n. 3825 del 16/12/1996 la Regione Marche aveva stabilito il Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali e delle relative tariffe in applicazione del DM 22.7.1996, nel 2003 con DGR n.991 aveva determinato le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale a valere dal 01.08.2003, successivamente aveva adottato numerose delibere di integrazione per alcune prestazioni o specifiche branche.

Si ritiene pertanto necessario adottare il Nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e recepire le tariffe del DM 18.12.2012, nelle more di una organica revisione della definizione dei LEA, come auspicato nel DM/12 stesso visto che il nomenclatore di riferimento nazionale resta quello del 22 luglio 96 (*Allegato A: Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche*).

A tal fine si è provveduto ad analizzare nel dettaglio l'elenco delle prestazioni che la regione Marche ha nel tempo deliberato rilevando che era composto da 2283 prestazioni di cui 1559 comuni al Decreto Ministeriale del 1996 (denominate N) e 724 integrate con descrizioni e tariffazioni regionali (denominate I e definite per la Regione Marche con la lettera o). Queste ultime erano prevalentemente prestazioni della branca 011 (laboratorio analisi, microbiologia, virologia, anatomia patologica, genetica, immunoematologia, servizio trasfusionale) inserite a seguito delle delibere regionali n.1666/2003 n.1552/2004, per motivazioni di tipo descrittivo, di dettaglio tecnico o di innovazione, solo in parte ancora condivisibili. Sono stati inoltre analizzati i dati sulle prestazioni erogate negli ultimi 3 anni per verificare quali codici "I o" non fossero mai stati utilizzati. Tali codici prestazione sono stati assimilati al codice nazionale di riferimento dopo il confronto con professionisti di settore delle branche più critiche, già coinvolti nella stesura delle precedenti delibere. L'**assimilazione** al codice di prestazione nazionale è stata effettuata quindi per tutte quelle codifiche regionali (I, o) non attribuite a reali "nuove prestazioni" bensì legate a descrizioni che "*privilegiassero il dettaglio o la necessità di esplodere la descrizione generica del Tariffario Nazionale del 96*". Le prestazioni ricondotte ed assimilate (as) al DM/ 28 ottobre 12, sono riportate **nell'Allegato A punto 2** con il loro codice identificativo ed il codice di riferimento cui sono state assimilate.

A seguito dell'emanazione del presente atto sarà indispensabile procedere all'adozione del corrispondente Catalogo CUP mediante Decreto del Dirigente del Servizio Sanità nel quale i codici assimilati manterranno la loro esistenza e consentiranno di identificare le prestazioni.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Quanto all'aggiornamento delle tariffe, si è proceduto recependo quanto disposto al DM del 18.10.2012 e le tariffe in esso contenute sono state applicate alle prestazioni "N" (comuni al Tariffario Nazionale). Per le prestazioni "N" identificate con asterisco (\*) nell'Allegato A, è stata adottata una tariffa superiore a quella del predetto DM, ai sensi del comma 2, art.5, essendo la regione Marche in equilibrio economico-finanziario nel settore sanitario per l'anno 2012 (ultima certificazione definita), come da comunicazione del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 03/04/2014.

Le tariffe disposte dal DM 18/10/2012 sono state applicate anche a tutte le prestazioni del nomenclatore regionale ad esso ricondotte ("I", "o" assimilate). Inoltre sono state confermate le tariffe vigenti delle prestazioni già storicamente identificate dalla regione Marche ("I", "o").

Infine per alcune nuove prestazioni la tariffa ("I", "o") è stata adottata in coerenza con quanto applicato da altre regioni che già le avevano codificate.

Come disposto dalla precedente delibera n. 991/2003 si è proceduto all'arrotondamento ai decimi di euro delle tariffe in oggetto. Rimane invariata la disposizione della stessa delibera di stabilire in Euro 36,20 la quota massima di partecipazione alla spesa.

Inoltre, al fine di renderne più agevole e semplice la consultazione e la gestione, il Nomenclatore Tariffario Regionale prevede la possibilità di aggregare le prestazioni in cinque grandi tipologie: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Prestazioni Terapeutiche e di Riabilitazione pur mantenendo la suddivisione per branca prevista dal DM 96. Ciascuna di queste tipologie è stata inoltre diversificata in ulteriori più specifici sottogruppi, creando una struttura "ad albero" (**Allegato A. punto 3. Schema delle Aggregazioni delle Prestazioni**). Ad ogni prestazione viene quindi attribuito identificativo di aggregazione, fino a quattro posizioni. Le prime tre distinguono le prestazioni in base a criteri (quali le metodiche utilizzate o le finalità cui sono rivolte), la quarta è riservata ad indicazioni legate a note di interesse regionale (es. "prestazioni oggetto di monitoraggio per tempi di attesa"). Con questo criterio sono state contrassegnate in modo univoco tutte le prestazioni del nomenclatore tariffario che viene messo a disposizione sul sito dell'ASR in formato elettronico: [www.ars.marche.it](http://www.ars.marche.it).

L'ipotesi del nomenclatore tariffario è stata inviata ai Direttori Generali degli Enti del SSR e alle Associazioni rappresentative della specialistica ambulatoriale e delle Strutture di ricovero private mono e plurispecialistiche per preliminare conoscenza e per le proposte di eventuale integrazione o modifica.

Per tutto quanto sopra si ritiene di adottare il nuovo tariffario regionale per la specialistica ambulatoriale come da allegato A.

P.  
IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO  
(Maria Grazia Mortilla) *l. m.*

**PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P.F. ASSISTENZA TERRITORIALE**

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione. Attesta inoltre che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare un impegno di spesa a carico della Regione.

Il dirigente  
(Carminè Di Bernardo) *Carminè Di Bernardo*

**PROPOSTA DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA**

Il sottoscritto propone alla Giunta regionale l'adozione della presente deliberazione.

IL DIRETTORE DELL'ARS  
(Dott. Enrico Bardonì) *Enrico Bardonì*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione si compone di n° **126** pagine, di cui n° **119** pagina di allegati che formano parte integrante della stessa.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA  
(Elisa Moreni)

**Fabio Tavazzani**



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

*Allegato A*

*Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche*

1. *Nomenclatore Tariffario*
2. *Elenco delle prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale Assimilate*
3. *Schema delle Aggregazioni delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale*

Y

2014



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 03.8	INIEZIONE DI FARMACI CITOTOSSICI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione endorachide di antitumorali	51,60
N 03.91	INIEZIONE DI ANESTETICO NEL CANALE VERTEBRALE PER ANALGESIA Iniezione peridurale Escluso: il caso in cui l'anestesia sia effettuata per intervento	103,30
N 03.92	INIEZIONE DI ALTRI FARMACI NEL CANALE VERTEBRALE Iniezione intratecale [endorachide] di steroidi Escluso: Iniezione di liquido di contrasto per mielogramma, Iniezione di farmaco citotossico nel canale vertebrale (03.8)	103,30
N 04.07.1	RESEZIONE O ASPORTAZIONE DEI NERVI PERIFERICI Curettage, sbrigliamento, resezione di nervo periferico (o di relativa lesione) Asportazione di neuroma periferico Escluso: Biopsia di nervo periferico (04.11.1)	61,30
N 04.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEI NERVI PERIFERICI	71,50
o 04.43	LIBERAZIONE DEL TUNNEL CARPALE	585,00
o 04.44	LIBERAZIONE DEL TUNNEL TARSALE	1731,00
N 04.81.1	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco del Ganglio di Gasser e dei suoi rami Escluso: le anestesie per intervento	51,60
N 04.81.2	INIEZIONE DI ANESTETICO IN NERVO PERIFERICO PER ANALGESIA Blocco degli intercostali Escluso: le anestesie per intervento	15,50
N 05.31	INIEZIONE DI ANESTETICO NEI NERVI SIMPATICI PER ANALGESIA Blocco simpatico regionale arto superiore o inferiore Blocco del Ganglio celiaco Blocco del Ganglio stellato Blocco del simpatico lombare	77,50
N 05.32	INIEZIONE DI AGENTI NEUROLITICI NEI NERVI SIMPATICI	129,10
N 06.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA Drenaggio eco-guidato percutaneo della regione tiroidea Alcolizzazione noduli tiroidei	73,80
N 06.11.1	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia di materiale agoaspirato della tiroide	60,80
N 06.11.2	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA TIROIDE Biopsia eco-guidata di materiale agoaspirato della tiroide	86,10
N 06.13	BIOPSIA DELLE PARATIROIDI	93,90
N 08.01	INCISIONE DEL MARGINE PALPEBRALE Incluso: Incisione di ascesso palpebrale	16,30



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 08.02	APERTURA DI BLEFARORRAFIA	16,30
N 08.09	ALTRA INCISIONE DELLA PALPEBRA Riapertura anchiloblefaron	16,30
N 08.11	BIOPSIA DELLA PALPEBRA	19,00
N 08.21	ASPORTAZIONE DI CALAZIO	32,80
N 08.22	ASPORTAZIONE DI ALTRA LESIONE MINORE DELLA PALPEBRA Asportazione di verruca, papilloma, cisti, porro, condiloma	32,80
N 08.23	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a spessore parziale Xantelasma	32,80
N 08.24	ASPORTAZIONE DI LESIONE MAGGIORE DELLA PALPEBRA, A TUTTO SPESSORE Asportazione che include un quarto o più del margine palpebrale a tutto spessore Resezione a cuneo della palpebra	54,60
N 08.25	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA PALPEBRA Intervento per blefarocalasi	40,90
N 08.41	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TERMOCOAGULAZIONE	49,10
N 08.42	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON TECNICA DI SUTURA	49,10
N 08.43	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RESEZIONE CUNEIFORME	81,80
N 08.44	RIPARAZIONE DI ENTROPION O ECTROPION CON RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA Riparazione di ectropion con innesto o lembo	185,90
N 08.52	BLEFARORRAFIA Cantorrafia, Tarsorrafia	49,10
N 08.6	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO Escluso: quelle associate con riparazione di entropion o ectropion (08.44)	371,90
N 08.81	RIPARAZIONE LINEARE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA E DELLE SOPRACCIGLIA	40,90
N 08.82	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, NON A TUTTO SPESSORE	40,90
N 08.83	ALTRA RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA, NON A TUTTO SPESSORE	40,90
N 08.84	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA PALPEBRA INTERESSANTE IL MARGINE PALPEBRALE, A TUTTO SPESSORE	81,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
N	08.91	DEPILAZIONE ELETTROCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	27,20
N	08.92	DEPILAZIONE CRIOCHIRURGICA DELLA PALPEBRA	27,20
N	08.99.1	INFILTRAZIONE DI ANGIOMA PALPEBRALE	16,30
N	09.0	INCISIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Incisione di cisti lacrimale (con drenaggio)	40,90
N	09.11	BIOPSIA DELLA GHIANDOLA LACRIMALE	79,50
N	09.12	BIOPSIA DEL SACCO LACRIMALE	57,30
N	09.19	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL'APPARATO LACRIMALE Test di Schirmer Escluso: Dacriocistogramma per contrasto (87.05), Rx del tessuto molle del dotto naso-lacrimale	40,90
N	09.21	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA GHIANDOLA LACRIMALE Escluso: Biopsia della ghiandola lacrimale (09.11)	68,20
N	09.41	SPECILLAZIONE DEL PUNTO LACRIMALE	16,30
N	09.42	SPECILLAZIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	19,10
N	09.43	SPECILLAZIONE DEL DOTTO NASO-LACRIMALE Incluso: Rimozione di calcolo, dilatazione (Per ciclo terapeutico)	68,20
N	09.51	INCISIONE DEL PUNTO LACRIMALE	40,90
N	09.52	INCISIONE DEI CANALICOLI LACRIMALI	40,90
N	09.53	INCISIONE DEL SACCO LACRIMALE	40,90
N	09.59	ALTRA INCISIONE DELLE VIE LACRIMALI Incisione (drenaggio) di dotto nasolacrimale NAS	40,90
N	09.6	ASPORTAZIONE DEL SACCO E DELLE VIE LACRIMALI Escluso: Biopsia del sacco lacrimale (09.12)	309,80
N	09.71	CORREZIONE DI EVERSIONE DEL PUNTO LACRIMALE	68,20
N	09.73	RIPARAZIONE DEI CANALICOLI	247,90
N	10.21	BIOPSIA DELLA CONGIUNTIVA	22,30
N	10.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA CONGIUNTIVA Asportazione di anello congiuntivale attorno alla cornea Escluso: Biopsia della congiuntiva (10.21)	32,80

2/11



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
N	10.32	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELLA CONGIUNTIVA Escluso: Asportazione di lesione (10.31), Termocauterizzazione per entropion (08.41)	32,80
N	10.33	ALTRI INTERVENTI DI DEMOLIZIONE DELLA CONGIUNTIVA Rimozione di follicoli di tracoma	32,80
N	10.4	CONGIUNTIVOPLASTICA	109,10
N	10.6	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA CONGIUNTIVA	54,60
N	10.91	INIEZIONE SOTTOCONGIUNTIVALE	11,40
N	11.31	TRASPOSIZIONE DELLO PTERIGIUM	68,20
N	11.32	ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM CON INNESTO DELLA CORNEA	109,10
N	11.39	ALTRA ASPORTAZIONE DELLO PTERIGIUM	68,20
N	11.42	TERMOCAUTERIZZAZIONE DI LESIONI DELLA CORNEA	27,20
N	11.43	CRIOTERAPIA DI LESIONE DELLA CORNEA	34,10
N	11.75.1	CHERATOTOMIA ARCIFORME	347,00
N	11.91	TATUAGGIO DELLA CORNEA	40,90
N	11.99.1	APPLICAZIONE TERAPEUTICA DILENTE A CONTATTO	19,10
N	11.99.2	CORREZIONE DEI VIZI DI REFRAZIONE Con laser a eccimeri (PRK) con tecnica di ablazione standard o superficiale	95,40
N	11.99.3	CORREZIONE DI ALTERAZIONI CORNEALI Con laser a eccimeri (PTK)	95,40
N	12.14	IRIDECTOMIA Iridectomia (basale) (periferica) (totale) (iridectomia mediante laser) Escluso: Iridectomia associata a: estrazione di cataratta (13.64), rimozione di lesione (12.41)	109,10
N	12.40	RIMOZIONE DI LESIONE DEL SEGMENTO ANTERIORE DELL'OCCHIO, NAS	136,30
N	12.41	DEMOLIZIONE DI LESIONE DELL'IRIDE, NON ESCISSIONALE Demolizione di lesione dell'iride per mezzo di: cauterizzazione crioterapia fotocoagulazione laser	109,10
N	12.72	CICLOCRIOTERAPIA	109,10
N	12.73	CICLOFOTOCOAGULAZIONE	109,10

DM



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 12.91	SVUOTAMENTO TERAPEUTICO DELLA CAMERA ANTERIORE Paracentesi della camera anteriore	32,80
o 13.19.1	INTERVENTO DI CATARATTA CON O SENZA IMPIANTO DILENTE INTRAOCULARE	850,00
o 13.41	FACOEMULSIFICAZIONE ED ASPIRAZIONE DI CATARATTA	675,00
N 13.64	CAPSULOTOMIA YAG-LASER PER CATARATTA SECONDARIA Separazione di membrana secondaria (dopo cataratta)	95,40
o 13.70.1	INSERZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO	850,00
o 13.72	IMPIANTO SECONDARIO DI CRISTALLINO ARTIFICIALE A SCOPO REFRATTIVO	850,00
o 13.8	RIMOZIONE DI CRISTALLINO ARTIFICIALE IMPIANTATO	675,00
N 14.22	DEMOLIZIONE DI LESIONE CORIORETINICA MEDIANTE CRIOTERAPIA	68,20
N 14.31	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE DIATERMIA	68,20
N 14.32	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE CRIOTERAPIA	68,20
N 14.33	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON XENON (LASER)	68,20
N 14.34	RIPARAZIONE DI LACERAZIONE DELLA RETINA MEDIANTE FOTOCOAGULAZIONE CON ARGON (LASER)	68,20
o 14.36	TERAPIA FOTODINAMICA DELLA DEGENERAZIONE MACULARE RETINICA	1800,00
N 14.59.1	PNEUMORETINOPESSIA	32,80
o 14.75	INIEZIONE INTRAVITREALE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE	385,00
N 16.22	AGOBIOPSIA ORBITARIA	63,70
N 16.91	INIEZIONE RETROBULBARE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE Escluso: Iniezione di sostanza per contrasto radiografico, Iniezione ottociliare	36,20
N 18.02	INCISIONE DEL CANALE UDITIVO ESTERNO E DEL PADIGLIONE AURICOLARE Escluso: Rimozione di corpo estraneo intraluminale (98.11)	13,70
N 18.12	BIOPSIA DELL'ORECCHIO ESTERNO	17,90

S/100



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 18.29	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI ALTRA LESIONE DELL'ORECCHIO ESTERNO Cauterizzazione Coagulazione Criochirurgia Curettaggio Elettrocoagulazione Enucleazione Asportazione di: residuo (appendice) preauricolare, polipi, cisti	17,00
N 20.0	MIRINGOTOMIA	23,90
N 20.31	ELETTROCOCLEOGRAFIA	54,20
N 20.32.1	BIOPSIA DELL'ORECCHIO MEDIO	30,40
N 20.39.1	OTOEMISSIONI ACUSTICHE SOAE, TEOAE, DPOAE	9,00
N 20.8	INTERVENTI SULLA TUBA DI EUSTACHIO Cateterismo, Insufflazione (acido borico, acido salicilico), Intubazione, Poltizerizzazione	15,20
N 21.01	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE ANTERIORE	15,20
N 21.02	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE TAMPONAMENTO NASALE POSTERIORE (E ANTERIORE)	27,80
N 21.03	CONTROLLO DI EPISTASSI MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE (E TAMPONAMENTO) (Cura completa)	19,60
N 21.22	BIOPSIA DEL NASO	30,40
N 21.31	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE INTRANASALE	26,00
N 21.71	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA NASALE NON A CIELO APERTO Incluso: Contenzione e sua rimozione	26,00
N 21.91	LISI DI ADERENZE DEL NASO Sinechia nasale	26,00
N 22.01	PUNTURA DEI SENI NASALI PER ASPIRAZIONE O LAVAGGIO Drenaggio mascellare per via diameatica	26,00
N 22.71	CHIUSURA DI FISTOLA OROANTRALE Chiusura di fistola del seno nasale	34,70
N 23.01	ESTRAZIONE DI DENTE DECIDUO Incluso: Anestesia	11,60
N 23.09	ESTRAZIONE DI DENTE PERMANENTE Estrazione di altro dente NAS Incluso: Anestesia	16,30

e.w.h.



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 23.11	ESTRAZIONE DI RADICE RESIDUA Incluso: Anestesia	16,30
N 23.19	ALTRA ESTRAZIONE CHIRURGICA DI DENTE Odontectomia NAS, rimozione di dente incluso, allacciamento di dente incluso, germectomia, estrazione dentale con elevazione di lembo muco-periostale Incluso: Anestesia	30,20
N 23.20.1	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE Fino a due superfici Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	18,60
N 23.20.2	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE OTTURAZIONE A tre o più superfici e/o applicazione di perno endocanalare Incluso: Otturazione carie, Otturazione carie con incappucciamento indiretto della polpa	34,90
N 23.3	RICOSTRUZIONE DI DENTE MEDIANTE INTARSIO Ricostruzione di dente fratturato	34,90
N 23.41	APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina	31,40
N 23.41.1	APPLICAZIONE DI CORONA IN LEGA AUREA Trattamento per applicazione di corona faccettata in lega aurea e resina o di corona 3/4 lega aurea o in lega aurea fusa	31,40
N 23.41.2	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o di corona faccettata (Weneer) in lega aurea e porcellana	38,70
N 23.41.3	APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in resina o oro resina con perno moncone in lega aurea	44,20
N 23.41.4	ALTRA APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO Trattamento per applicazione di corona a giacca in porcellana o oro porcellana con perno moncone in lega aurea	44,20
N 23.42	INSERZIONE DI PONTE FISSO	69,70
N 23.43.1	INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile completa (Per arcata)	129,10
N 23.43.2	ALTRA INSERZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Trattamento per applicazione protesi rimovibile parziale [protesi scheletrata in cromo-cobalto-molibdeno o oro] (Per arcata) Incluso: Eventuali attacchi di precisione	81,30

Y

lkh



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 23.43.3	INSERZIONE DI PROTESI PROVVISORIA Rimovibile o fissa (Per elemento)	16,30
N 23.49.1	ALTRA RIPARAZIONE DENTARIA Molaggio selettivo dei denti (Per seduta)	16,30
N 23.5	IMPIANTO DI DENTE Reimpianto di elementi dentari lussati o avulsi	11,60
N 23.6	IMPIANTO DI PROTESI DENTARIA Impianto dentale endoosseo	81,30
N 23.71.1	TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2)	34,90
N 23.71.2	TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO Trattamento o pulpotomia Escluso: Otturazione (23.20.1, 23.20.2)	53,40
N 23.73	APICECTOMIA Incluso: Otturazione retrograda	44,20
N 24.00.1	GENGIVECTOMIA (Per gruppo di 4 denti) Incluso: Innesto libero o pedunculato	27,90
N 24.11	BIOPSIA DELLA GENGIVA	19,50
N 24.12	BIOPSIA DELL'ALVEOLO	19,50
o 24.19.1	TRATTAMENTO IMMEDIATO DELLE URGENZE ODONTOSTOMATOLOGICHE	20,00
N 24.20.1	GENGIVOPLASTICA [CHIRURGIA PARODONTALE] Lembo di Widman modificato con levigatura radici e curettage tasche infraossee, applicazione di osso o membrane, osteoplastica (Per sestante)	58,10
N 24.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELLA GENGIVA Asportazione di epulidi Escluso: Biopsia della gengiva (24.11), Asportazione di lesione odontogena (24.4)	27,90
N 24.39.1	LEVIGATURA DELLE RADICI Levigatura di radici e/o curettage delle tasche parodontali a cielo coperto (Per sestante)	23,20
N 24.39.2	INTERVENTO CHIRURGICO PREPROTESICO (Per emiarcata)	20,90
N 24.4	ASPORTAZIONE DI LESIONE DENTARIA DELLA MANDIBOLA Asportazione di lesione odontogena	53,00



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 24.70.1	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI MOBILI (Per anno)	116,20
N 24.70.2	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI FISSI (Per anno)	116,20
N 24.70.3	TRATTAMENTO ORTODONTICO CON APPARECCHI ORTOPEDICO FUNZIONALI Incluso: Trattamento con placca di svincolo (Per anno)	116,20
N 24.80.1	RIPARAZIONE DI APPARECCHIO ORTODONTICO	26,80
N 25.01	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DELLA LINGUA	27,30
N 25.91	FRENULOTOMIA LINGUALE Escluso: Frenulotomia labiale (27.91)	17,60
N 25.92	FRENULECTOMIA LINGUALE Escluso: Frenulectomia labiale (27.41)	17,60
N 26.0	INCISIONE DELLE GHIANDOLE O DOTTI SALIVARI Asportazione di calcoli del dotto salivare	23,40
N 26.11	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DI GHIANDOLA O DOTTO SALIVARE	20,60
N 26.91	SPECILLAZIONE DI DOTTO SALIVARE	17,60
N 27.21	BIOPSIA DEL PALATO OSSEO	19,50
N 27.23	BIOPSIA DEL LABBRO	19,50
N 27.24	BIOPSIA DELLA BOCCA, STRUTTURA NON SPECIFICATA	19,50
N 27.41	FRENULECTOMIA LABIALE Escluso: Sezione del frenulo labiale (27.91)	17,60
N 27.49.1	ALTRA ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLA BOCCA Asportazione neoformazioni del cavo orale	23,40
N 27.51	SUTURA DI LACERAZIONE DEL LABBRO	23,40
N 27.52	SUTURA DI LACERAZIONE DI ALTRA PARTE DELLA BOCCA	23,40
N 27.71	INCISIONE DELL' UGOLA	11,80
N 27.91	FRENULOTOMIA LABIALE Sezione del frenulo labiale Escluso: Frenulotomia linguale (25.91)	17,60
N 28.00.1	INCISIONE E DRENAGGIO ASCESSO PERITONSILLARE	23,40
N 29.12	BIOPSIA FARINGEA	27,30



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 31.42	LARINGOSCOPIA E ALTRA TRACHEOSCOPIA Laringoscopia a fibre ottiche	27,10
N 31.42.1	LARINGOSCOPIA INDIRECTA Incluso: Anestesia	7,00
N 31.42.2	LARINGOSTROBOSCOPIA	20,90
N 31.43	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLA LARINGE In laringoscopia indiretta o con fibre ottiche Incluso: Anestesia	34,20
N 31.48.1	ESAME ELETTROGLOTTOGRAFICO	12,90
N 31.48.2	ESAME FONETOGRAFICO	22,70
N 33.22	BRONCOSCOPIA CON FIBRE OTTICHE Tracheobroncoscopia esplorativa Escluso: Broncoscopia con biopsia (33.24)	82,60
N 33.24	BIOPSIA BRONCHIALE [ENDOSCOPICA] Broncoscopia (fibre ottiche) (rigida) con: biopsia esfoliativa del polmone, brushing o washing per prelievo di campione, biopsia asportativa Escluso: Biopsia percutanea del polmone diversa da quella esfoliativa	180,70
N 34.24	BIOPSIA DELLA PLEURA Biopsia con ago sottile	180,70
N 34.91	TORACENTESI	111,60
N 34.91.1	TORACENTESI TC-guidata	198,40
N 34.92	INIEZIONE NELLA CAVITA' TORACICA Pleurodesi chimica, iniezione di agente citotossico o tetraciclina E' richiesto un codice aggiuntivo per eventuale chemioterapico antitumorale (99.25) Escluso: Iniezione per collasso del polmone	62,00
o 37.26	STUDIO ELETTROFISIOLOGICO TRANSESOFA GEO E/O ENDOCAVITARIO	1143,40
N 38.22	ANGIOSCOPIA PERCUTANEA Capillaroscopia Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30
N 38.22.1	CAPILLAROSCOPIA CON VIDEOREGISTRAZIONE Escluso: Angioscopia dell' occhio (95.12)	59,30
o 38.59	LEGATURA E STRIPING DI VENE VARICOSE DELL'ARTO INFERIORE	1261,00
N 38.59.1	MINISTRIPPING [VARICETOMIA] DI VENE VARICOSE DELL' ARTO INFERIORE - Stripping delle collaterali - Escluse le safene ed indipendentemente dal numero di vasi collaterali trattati	251,00



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o	38.59.2 INTERVENTI ENDOVASCOLARI SULLE VARICI Eseguiti con tecnica laser	1334,00
o	38.94 Inserzione di catetere venoso centrale	258,20
N	38.95 CATETERISMO VENOSO PER DIALISI RENALE Singolo o doppio	258,20
N	38.98 PUNTURA DI ARTERIA Iniezione endoarteriosa Escluso: Puntura per arteriografia coronarica, Arteriografia (88.42.1 - 88.48)	31,00
N	38.99.1 INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA TC	32,20
N	38.99.2 INIEZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO PER SIMULAZIONE RADIOTERAPICA RM	51,60
N	39.92 INIEZIONE INTRAVENOSA DI SOSTANZE SCLEROSANTI Escluso: Iniezioni per varici esofagee, emorroidi (49.42)	8,70
N	39.95.1 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO	154,90
N	39.95.2 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, AD ASSISTENZA LIMITATA	129,10
N	39.95.3 EMODIALISI IN ACETATO O IN BICARBONATO, DOMICILIARE	103,30
N	39.95.4 EMODIALISI IN BICARBONATO E MEMBRANE MOLTO BIOCOMPATIBILI	165,30
N	39.95.5 EMODIAFILTRAZIONE Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata	232,40
N	39.95.6 EMODIAFILTRAZIONE AD ASSISTENZA LIMITATA Biofiltrazione senza acetato Biofiltrazione Emodiafiltrazione con membrane a permeabilita' elevata	206,60
N	39.95.7 ALTRA EMODIAFILTRAZIONE Con membrane a permeabilita' elevata e molto biocompatibili	258,20
N	39.95.8 EMOFILTRAZIONE	258,20
N	39.95.9 EMODIALISI - EMOFILTRAZIONE Tecnica mista	206,60
N	39.99.1 VALUTAZIONE DEL RICIRCOLO DI FISTOLA ARTEROVENOSA	17,50
N	40.11 BIOPSIA DI STRUTTURE LINFATICHE Biopsia di linfonodi cervicali, sopraclaveari o prescalenici Biopsia di linfonodi ascellari	58,50
N	40.19.1 AGOBIOPSIA LINFONODALE ECO-GUIDATA	83,00
N	40.19.2 AGOBIOPSIA LINFONODALE TC-GUIDATA	146,40

114



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 41.31	BIOPSIA [AGOBIOPSIA] DEL MIDOLLO OSSEO	48,90
N 42.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' ESOFAGO Brushing o washing per raccolta di campione Esofagoscopia con biopsia Biopsia aspirativa dell' esofago Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	64,40
N 42.29.1	TEST DI BERNSTEIN	13,90
N 42.29.2	pH METRIA ESOFAGEA (24 ORE)	81,60
N 42.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE ENDOSCOPICA DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO Per via endoscopica: polipectomia esofagea di uno o più polipi Escluso: Biopsia dell' esofago (42.24), Fistolectomia, Legatura (aperta) di varici esofagee	60,50
N 42.33.2	ASPORTAZIONE DI LESIONE O TESSUTO ESOFAGEO O RICANALIZZAZIONE ENDOSCOPICA Mediante laser	115,90
o 42.33.3	SCLEROTERAPIA DI VARICI ESOFAGEE In corso di EGDS cod. 45.13	113,70
o 42.33.7	Dilatazioni pneumatiche esofagee (EGDS con dilatazioni pneumatiche)	185,90
o 42.91	LEGATURE DI VARICI ESOFAGEE In corso di EGDS cod. 45.13	258,00
o 42.92.1	DILATAZIONE DELL'ESOFAGO	170,00
o 43.11.1	SOSTITUZIONE GASTROSTOMIA E/O DIGIUNOSTOMIA PERCUTANEA	215,20
N 43.41.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA Polipectomia gastrica di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	58,60
N 43.41.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELLO STOMACO PER VIA ENDOSCOPICA Mediante laser Escluso: Biopsia dello stomaco (44.14), Controllo di emorragia	93,00
N 44.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELLO STOMACO Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia [EGD] con biopsia (45.16)	71,50
o 44.14.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] ESOFAGOGASTRODUODENALE	870,00
N 44.19.1	SONDAGGIO GASTRICO FRAZIONATO Con stimolazione Escluso: Lavanda gastrica, Esame istologico di campione dello stomaco, Radiografia gastrointestinale superiore (87.62)	87,80

DIA



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 44.19.2	BREATH TEST PER HELYCOBACTER PYLORI (UREA C13)	13,90
o 44.19.3	ECOENDOSCOPIA ESOFAGOGASTRODUODENALE	329,00
N 45.13	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] Endoscopia dell' intestino tenue Escluso: Endoscopia con biopsia (45.14-45.16)	56,80
o 45.13.1	ENTEROSCOPIA CON MICROCAMERA INGERIBILE	1320,00
N 45.14	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO TENUE Brushing o washing per prelievo di campione Escluso: Esofagogastroduodenoscopia[EGD] con biopsia (45.16)	84,60
N 45.16	ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON BIOPSIA Biopsia di una o più sedi di esofago, stomaco e duodeno	99,40
o 45.17	POSIZIONAMENTO DI STOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA (PEG)	738,10
N 45.23	COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Escluso: Colonscopia transaddominale o attraverso stoma artificiale, Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24), Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23), Endoscopia transaddominale dell' intestino	86,80
N 45.23.1	COLONSCOPIA - ILEOSCOPIA RETROGRADA	144,60
N 45.24	SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE Endoscopia del colon discendente Escluso: Proctosigmoidoscopia con endoscopio rigido (48.23)	52,10
N 45.25	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DELL' INTESTINO CRASSO Biopsia di sedi intestinali aspecifiche Brushing o washing per prelievo di campione Colonscopia con biopsia Escluso: Proctosigmoidoscopia con biopsia (48.24)	122,20
o 45.26.1	BIOPSIA TRANSPARIETALE [ECOENDOSCOPICA] DEL COLON Non associabile a: BIOPSIA IN SEDE UNICA DELL' INTEST	890,00
N 45.29.1	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE TEMPO DI TRANSITO INTESTINALE	74,90
N 45.29.2	BREATH TEST PER DETERMINAZIONE DI COLONIZZAZIONE BATTERICA ANOMALA	41,80
N 45.29.3	BREATH TEST AL LATTOSIO	27,90
N 45.29.4	MANOMETRIA DEL COLON	167,30
o 45.29.5	ECOENDOSCOPIA DEL COLON	350,00
N 45.42	POLIPECTOMIA ENDOSCOPICA DELL' INTESTINO CRASSO Polipectomia di uno o più polipi con approccio endoscopico Escluso: Polipectomia con approccio addominale	116,20

014



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 45.43.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL' INTESTINO CRASSO PER VIA ENDOSCOPICA Mediante laser Escluso: Polipectomia endoscopica dell' intestino crasso (45.42)	124,00
N 48.23	PROCTOSIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO RIGIDO Escluso: Sigmoidoscopia con endoscopio flessibile (45.24)	35,10
N 48.24	BIOPSIA [ENDOSCOPICA] DEL RETTO Brushing o washing per raccolta di campione Proctosigmoidoscopia con biopsia	58,50
N 48.29.1	MANOMETRIA ANO-RETTALE	58,40
o 48.29.2	ECOENDOSCOPIA DEL RETTO-SIGMA	254,00
N 48.35	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DEL RETTO Escluso: Biopsia del retto (48.24), Asportazione di tessuto perirettale, Emorroidectomia (49.46), Fistolctomia rettale	41,90
N 49.01	INCISSIONE DI ASCESSO PERIANALE	41,90
N 49.02	ALTRA INCISIONE DI TESSUTI PERIANALI Undercutting di tessuto perianale Escluso: Fistulotomia anale (49.11)	41,90
N 49.11	FISTULOTOMIA ANALE Extrasfinterica	41,90
N 49.21	ANOSCOPIA	22,70
N 49.23	BIOPSIA DELL' ANO	33,30
N 49.31	ASPORTAZIONE ENDOSCOPICA O DEMOLIZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO Escissione di papilla anale ipertrofica	50,20
N 49.39	ALTRA ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO DELL'ANO Asportazione o demolizione di ragadi anali Escluso: Asportazione o demolizione per via endoscopica (49.31)	50,20
N 49.42	INIEZIONI DELLE EMORROIDI	16,50
N 49.45	LEGATURA DELLE EMORROIDI	50,20
N 49.46	ASPORTAZIONE DELLE EMORROIDI Emorroidectomia NAS	50,20
N 49.47	RIMOZIONE DI EMORROIDI TROMBIZZATE	50,20
N 49.59	SFINTEROTOMIA ANALE Divisione di sfintere NAS (interna)	50,20

114



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 50.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica del fegato	108,50
N 50.19.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DEL FEGATO Aspirazione diagnostica TC-guidata	216,90
N 50.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DEL FEGATO Alcolizzazione percutanea Eco-guidata Escluso: Biopsia percutanea (50.11)	216,90
N 51.12	BIOPSIA PERCUTANEA DELLA COLECISTI E DEI DOTTI BILIARI Agobiopsia Eco-guidata delle vie biliari	122,90
o 53.00.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE DIRETTA O INDIRECTA	1280,00
o 53.00.2	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA INGUINALE CON INNESTO O PROTESI DIRETTA O INDIRECTA	1280,00
o 53.21.1	RIPARAZIONE MONOLATERALE DI ERNIA CRURALE CON INNESTO O PROTESI	1280,00
o 53.41	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE CON PROTESI	1523,00
o 53.49.1	RIPARAZIONE DI ERNIA OMBELICALE	1523,00
N 54.22	BIOPSIA DELLA PARETE ADDOMINALE O DELL' OMBELICO	29,30
N 54.24	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DI MASSA INTRAADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	86,80
N 54.24.1	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] ECO-GUIDATA DI MASSA INTRAADDOMINALE Escluso: Agobiopsia di tube di Fallopio, ovaio (65.11), peritoneo, legamenti dell' utero, utero (68.16.1)	122,90
N 54.91	DRENAGGIO PERCUTANEO ADDOMINALE Paracentesi (delle regioni superficiali) Escluso: Creazione di fistola cutaneoperitoneale (54.93)	34,90
N 54.91.1	DRENAGGIO TC-GUIDATO PERCUTANEO ADDOMINALE Drenaggio delle regioni superficiali	154,90
N 54.93	CREAZIONE DI FISTOLA CUTANEOPERITONEALE Inserzione di catetere permanente per dialisi	104,60
N 54.97	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE NELLA CAVITA' PERITONEALE Escluso: Dialisi peritoneale (54.98)	62,00
N 54.98.1	DIALISI PERITONEALE AUTOMATIZZATA (CCPD)	54,70
N 54.98.2	DIALISI PERITONEALE CONTINUA (CAPD)	46,50

1/11



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 55.92	ASPIRAZIONE PERCUTANEA RENALE Puntura di cisti renale	74,40
N 56.31	URETEROSCOPIA Con strumento flessibile	101,80
N 57.17	CISTOSTOMIA PERCUTANEA Escluso: Rimozione di sonda cistostomica, Sostituzione di sonda cistostomica, Cistotomia e cistostomia come approccio chirurgico	32,80
N 57.32	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] Escluso: Cistouretroscopia con biopsia ureterale, Pielografia retrograda (87.74), Cistoscopia per controllo postoperatorio della vescica, della prostata	63,70
N 57.33	CISTOSCOPIA [TRANSURETRALE] CON BIOPSIA	79,50
N 57.39.1	CROMOCISTOSCOPIA	79,50
N 57.39.2	ESAME URODINAMICO INVASIVO	56,80
N 57.49.1	RESEZIONE TRANSURETRALE DI LESIONE VESCICALE O NEOPLASIA Elettrocoagulazione endoscopica vescicale Escluso: Biopsia transuretrale della vescica (57.33), Fistolectomia transuretrale	68,20
N 57.94	CATERISMO VESCICALE	9,10
N 58.22	URETROSCOPIA	38,20
N 58.23	BIOPSIA DELL' URETRA	54,00
N 58.31	ASPORTAZIONE O ELETTROCOAGULAZIONE DI LESIONE O TESSUTO DELL'URETRA Asportazione di caruncola uretrale	46,30
N 58.47	MEATOPLASTICA URETRALE	105,40
N 58.5	URETROTOMIA ENDOSCOPICA Sezione di sfintere uretrale, meatotomia uretrale interna, uretrolisi	46,30
N 58.60.1	DILATAZIONE URETRALE Dilatazione di giuntura uretrovescicale, passaggio di sonda attraverso l'uretra (Seduta unica)	34,10
N 58.60.2	DILATAZIONI URETRALI PROGRESSIVE (Per seduta)	10,20
N 58.60.3	RIMOZIONE [ENDOSCOPICA] DI CALCOLO URETRALE	46,30

WA



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 59.8	CATETERIZZAZIONE URETERALE Drenaggio del rene con catetere, inserzione di stent ureterale, dilatazione dell'orifizio ureterovesicale Escluso: Cateterizzazione per estrazione di calcolo renale, Pielografia retrograda (87.74)	27,20
N 60.0	DRENAGGIO ASCESSO PROSTATICO Incisione della prostata Escluso: Drenaggio del tessuto periprostatico	32,80
N 60.11	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Approccio transperineale o transrettale	38,20
N 60.11.1	BIOPSIA TRANSPERINEALE [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DELLA PROSTATA Agobiopsia Eco-guidata della prostata	67,60
N 60.13	BIOPSIA [PERCUTANEA] DELLE VESCICOLE SEMINALI	86,80
N 60.91	ASPIRAZIONE PERCUTANEA [CITOASPIRAZIONE] DELLA PROSTATA Escluso: Agobiopsia della prostata (60.11)	38,20
N 61.0	INCISIONE E DRENAGGIO DELLO SCROTO E DELLA TUNICA VAGINALE Escluso: Puntura evacuativa di idrocele (61.91)	20,90
N 61.91	PUNTURA EVACUATIVA DI IDROCELE DELLA TUNICA VAGINALE Aspirazione percutanea della tunica vaginale	20,90
N 62.11	BIOPSIA [PERCUTANEA] [AGOBIOPSIA] DEL TESTICOLO	38,20
N 63.52	DEROTAZIONE DEL FUNICOLO E DEL TESTICOLO Manuale Escluso: quella associata ad orchidopessi	17,90
N 63.71	LEGATURA DEI DOTTI DEFERENTI	105,40
N 64.11	BIOPSIA DEL PENE	27,70
N 64.19.1	BALANOSCOPIA	6,20
N 64.19.2	RICERCA DEL TREPONEMA AL PARABOLOIDE	7,80
N 64.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONE DEL PENE Asportazione condilomi Escluso: Biopsia del pene (64.11)	35,80
N 64.92.1	FRENULOTOMIA	22,30
N 64.93	LIBERAZIONE DI SINECHIE PENIENE	23,80
N 65.11	AGOASPIRAZIONE ECO-GUIDATA DEI FOLLICOLI	105,40
N 65.91	AGOASPIRAZIONE DI CISTI DELL' OVAIO Aspirazione dell' ovaio Eco-guidata Escluso: Biopsia aspirativa dell' ovaio (65.11)	50,50

1100



Allegato A

**Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche**
**1. Nomenclatore Tariffario**

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 66.8	INSUFFLAZIONE DELLE TUBE Insufflazione utero-tubarica Escluso: Iniezione di sostanze terapeutiche e quella per isterosalpingografia (87.83)	26,00
N 67.12	BIOPSIA ENDOCERVICALE [ISTEROSCOPIA] Escluso: Conizzazione della cervice	34,70
N 67.19.1	BIOPSIA MIRATA DELLA PORTIO A GUIDA COLPOSCOPICA - BIOPSIA DI UNA O PIU' SEDI	38,20
N 67.32	CAUTERIZZAZIONE DEL COLLO UTERINO Elettroconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi, Diatermocoagulazione di erosione della portio	44,60
N 67.33	CRIOCHIRURGIA DEL COLLO UTERINO Crioconizzazione della cervice, Asportazione polipi cervicali, Asportazione condilomi	44,60
N 68.12.1	ISTEROSCOPIA Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	30,40
N 68.16.1	BIOPSIA DEL CORPO UTERINO Biopsia endoscopica [isteroscopia] dell' endometrio Escluso: Biopsia con dilatazione del canale cervicale	41,70
N 68.29.1	ASPORTAZIONE DI TUMORI BENIGNI PEDUNCOLATI DELL' UTERO Asportazione polipi endometriali a guida isteroscopica, Miomectomia per via vaginale mediante torsione Escluso: Miomectomia con parcellizzazione	55,80
N 69.7	INSERZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO (I.U.D.)	12,90
N 69.92	INSEMINAZIONE ARTIFICIALE Intracervicale e intrauterina (IAO)	93,00
N 69.92.1	CAPACITAZIONE DEL MATERIALE SEMINALE	15,50
N 70.11.1	IMENOTOMIA Per ematocolpo	29,80
N 70.21	COLPOSCOPIA	10,70
N 70.24	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI Con eventuale puntura esplorativa	27,70
N 70.29.1	BIOPSIA DELLE PARETI VAGINALI A GUIDA COLPOSCOPICA	34,70
N 70.33.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI LESIONI DELLA VAGINA compresi condilomi vaginali	35,80
N 71.11	BIOPSIA DELLA VULVA O DELLA CUTE PERINEALE	27,70
N 71.22	INCISIONE DI ASCESSO DELLA GHIANDOLA DEL BARTOLINO	29,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 71.30.1	ASPORTAZIONE CONDILOMI VULVARI E PERINEALI	23,80
N 71.90.1	ALTRI INTERVENTI SULL' APPARATO GENITALE FEMMINILE Laserterapia per fatti distrofici	35,80
N 75.10.1	PRELIEVO DEI VILLI CORIALI	122,90
N 75.10.2	AMNIOCENTESI PRECOCE	108,50
N 75.10.3	AMNIOCENTESI TARDIVA	86,80
N 75.33.1	FUNICOLOCENTESI CON RACCOLTA DI CELLULE STAMINALI EMOPOIETICHE	122,90
N 75.34.1	CARDIOTOCOGRAFIA Cardiotocografia esterna in gravidanza, NST o OCT	16,40
N 75.8	TAMPONAMENTO OSTETRICO DELL' UTERO O DELLA VAGINA Medicazione, Tamponamento utero-cervico-vaginale Tamponamento cervico -vaginale a scopo emostatico	37,20
N 76.01	SEQUESTRECTOMIA DI OSSO FACCIALE Rimozione di frammento osseo necrotico da osso della faccia	26,00
N 76.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE DELLE OSSA FACCIALI Asportazione o marsupializzazione di cisti del mascellare	117,70
N 76.77	RIDUZIONE APERTA DI F. RATTURA ALVEOLARE Riduzione di frattura alveolare con stabilizzazione dei denti	23,40
N 76.93	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,90
N 76.96	INIEZIONE DI SOSTANZA TERAPEUTICA NELL'ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE	27,90
o 77.56	RIPARAZIONE DI DITO A MARTELLO/ARTIGLIO	1670,00
N 78.7	OSTEOCLASIA Manuale o strumentale	23,40
N 79.00	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA SENZA FISSAZIONE INTERNA IN SEDE NON SPECIFICATA	62,00
N 79.01	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELL'OMERO SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,00
N 79.02	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI RADIO E ULNA SENZA FISSAZIONE INTERNA Braccio NAS	62,00
N 79.03	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI CARPO E METACARPO SENZA FISSAZIONE INTERNA Mano NAS	62,00
N 79.04	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DELLA MANO SENZA FISSAZIONE INTERNA	49,60



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 79.07	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DI TARSO E METATARSO SENZA FISSAZIONE INTERNA Piede NAS	62,00
N 79.08	RIDUZIONE CHIUSA DI FRATTURA DELLE FALANGI DEL PIEDE SENZA FISSAZIONE INTERNA	62,00
N 79.70	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE IN SEDE NON SPECIFICATA	43,40
N 79.71	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA SPALLA	43,40
N 79.72	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL GOMITO	43,40
N 79.73	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DEL POLSO	43,40
N 79.74	RIDUZIONE CHIUSA DI LUSSAZIONE DELLA MANO E DELLE DITA DELLA MANO	43,40
o 80.20	ARTROSCOPIA SEDE NON SPECIFICATA	1310,00
N 80.30	BIOPSIA DELLE STRUTTURE ARTICOLARI, SEDE NON SPECIFICATA Biopsia aspirativa	58,50
o 81.72	ARTOPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE METACARPOFALANGEA E INTERFALANGEA SENZA IMPIANTO	1580,00
o 81.75	ARTOPLASTICA DELL'ARTICOLAZIONE CARPO CARPALE E CARPO METARCARPALE SENZA IMPIANTO	1580,00
N 81.91	ARTROCENTESI Aspirazione articolare Escluso: quella per: biopsia delle strutture articolari (80.30), iniezione di farmaci (81.92), artrografia (88.32)	33,50
N 81.92	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO	27,90
N 83.02	MIOTOMIA Escluso: Miotomia cricofaringea	23,40
N 83.03	BORSOTOMIA Rimozione di deposito calcareo della borsa Escluso: Aspirazione percutanea della borsa	33,50
N 83.09	ALTRA INCISIONE DEI TESSUTI MOLLI Incisione della fascia Incisione per rimozione di corpi estranei sotto controllo scopico Escluso: Incisione solo di cute e tessuto sottocutaneo (86.01-86.05)	40,20
N 83.21	BIOPSIA DEI TESSUTI MOLLI Escluso: Biopsia della parete toracica, biopsia di cute e tessuto sottocutaneo (86.11)	46,90
N 83.21.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DEI TESSUTI MOLLI	66,40



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
N	83.31	ASPORTAZIONE DI LESIONE DELLE FASCE TENDINEE Asportazione di ganglio di guaina tendinea, eccetto della mano	40,20
o	83.40.1	POSIZIONAMENTO REPERE PRECHIRURGICO ECOGUIDATO	100,00
o	83.40.2	POSIZIONAMENTO REPERE PRECHIRURGICO STEREOTASSICO	130,00
N	83.98	INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE AD AZIONE LOCALE ALL' INTERNO DI ALTRI TESSUTI MOLLI Escluso: Iniezioni sottocutanee o intramuscolari (99.25 -99.29.9)	7,00
o	84.01	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DI DITA DELLA MANO	1300,00
o	84.02	AMPUTAZIONE E DISARTICOLAZIONE DEL POLLICE	1300,00
o	84.1.1	AMPUTAZIONE DI DITA DEL PIEDE	1300,00
N	85.0	MASTOTOMIA Incisione della mammella (cute) Mammotomia Escluso: Aspirazione della mammella, Rimozione di protesi	35,80
N	85.11	BIOPSIA [PERCUTANEA][AGOBIOPSIA] DELLA MAMMELLA	34,70
N	85.11.1	BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA Biopsia con ago sottile della mammella	52,10
N	85.20	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE DI TESSUTO DELLA MAMMELLA, NAS Incisione di ascesso mammario	35,80
N	85.21	ASPORTAZIONE LOCALE DI LESIONE DELLA MAMMELLA Rimozione di area fibrosa dalla mammella Escluso: Biopsia della mammella (85.11)	35,80
N	85.21.1	ASPIRAZIONE PERCUTANEA DI CISTI DELLA MAMMELLA Eco-guidata	44,60
N	86.01	ASPIRAZIONE DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Sulle unghie, sulla pelle o sul tessuto sottocutaneo aspirazione di: ascesso, ematoma, sieroma	9,40
N	86.02.1	SCLEROSI DI FISTOLA PILONIDALE	18,60
N	86.02.2	INFILTRAZIONE DI CHELOIDE	9,00
N	86.03	INCISIONE DI CISTI O SENO PILONIDALE Escluso: Marsupializzazione	31,60
N	86.04	INCISIONE CON DRENAGGIO DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO Escluso: Drenaggio di compartimento fasciale del viso e bocca, spazio palmare o tenere, cisti o seno pilonidale (86.03)	44,60



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 86.05.1	INCISIONE CON RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA CUTE E TESSUTO SOTTOCUTANEO Estrazione di corpo estraneo profondo Escluso: Rimozione di corpo estraneo senza incisione (98.20 - 98.29)	44,60
N 86.11	BIOPSIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	19,50
N 86.19.1	ELASTOMETRIA	4,30
N 86.19.2	SEBOMETRIA	4,30
N 86.19.3	CORNEOMETRIA	5,70
N 86.19.4	MISURA DELLA PERDITA TRANSEPIDERMICA DI ACQUA (TEWL)	7,20
N 86.22	RIMOZIONE ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione per mezzo di asportazione di: tessuto devitalizzato, necrosi, massa di tessuto necrotico	20,40
N 86.23	RIMOZIONE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE	30,70
N 86.24	CHEMIOCHIRURGIA DELLA CUTE Peeling chimico della cute	8,60
N 86.25	DERMOABRASIONE Quella con laser (o mezzo meccanico) (Per seduta) Escluso: Dermoabrasione di ferita per rimozione di frammenti inclusi (86.28)	20,40
N 86.27	CURETTAGE DI UNGHIA, MATRICE UNGUEALE O PLICA UNGUEALE Rimozione di: necrosi, massa di tessuto necrotico Escluso: Rimozione di unghia, matrice ungueale o plica ungueale (86.23)	20,40
N 86.28	RIMOZIONE NON ASPORTATIVA DI FERITA, INFEZIONE O USTIONE Rimozione NAS Rimozione di tessuto devitalizzato, necrosi e massa necrotica mediante metodi come: brushing, irrigazione (sotto pressione), washing, scrubbing (Per seduta)	10,10
N 86.30.1	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON AZOTO LIQUIDO (Per seduta)	15,40
N 86.30.2	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CRIOTERAPIA CON NEVE CARBONICA O PROTOSSIDO DI AZOTO (Per seduta)	15,40
N 86.30.3	ASPORTAZIONE O DEMOLIZIONE LOCALE DI LESIONE O TESSUTO CUTANEO E SOTTOCUTANEO, MEDIANTE CAUTERIZZAZIONE O FOLGORAZIONE (Per seduta)	15,40

SCM



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 86.4	ASPORTAZIONE RADICALE DI LESIONE DELLA CUTE Asportazione larga di lesione della cute coinvolgente le strutture sottostanti o adiacenti	34,10
N 86.59.1	SUTURA ESTETICA DI FERITA DEL VOLTO	34,10
N 86.59.2	SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO Di piccole dimensioni (fino a 5 cm)	10,10
N 86.59.3	ALTRA SUTURA ESTETICA DI FERITA IN ALTRI DISTRETTI DEL CORPO	13,70
N 86.60	INNESTO CUTANEO, NAS Escluso: Costruzione o ricostruzione di pene, trachea, vagina	247,90
N 86.61	INNESTO DI CUTE A PIENO SPESSORE NELLA MANO Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	309,80
N 86.62	ALTRO INNESTO DI CUTE NELLA MANO Escluso: Innesto eterologo, Innesto omologo	247,90
N 86.71	ALLESTIMENTO E PREPARAZIONE DI LEMBI PEDUNCOLATI Allestimento di lembo dal suo letto (autonomizzazione) Taglio parziale di peduncolo o lembo Sezione di peduncolo di lembo	371,90
N 86.72	AVANZAMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO	371,90
N 86.73	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO SULLA MANO Escluso: Ricostruzione del pollice o trasferimento di dita	371,90
N 86.74	TRASFERIMENTO DI LEMBO PEDUNCOLATO IN ALTRE SEDI Trasferimento di: lembo di avanzamento, lembo doppiamente peduncolato, lembo di rotazione, lembo di scorrimento, lembo a tubo	495,80
N 86.75	REVISIONE DI LEMBO PEDUNCOLATO Sbrigliamento di innesto peduncolato o a lembo Liberazione di tessuto adiposo di innesto peduncolato o a lembo (Assottigliamento di innesto peduncolato o a lembo)	309,80
N 86.81	RIPARAZIONE DI DIFETTI DEL VISO	27,20
N 86.84	CORREZIONE DI CICATRICE O BRIGLIA RETRATTILE DELLA CUTE Plastica a "Z" della cute della mano e delle dita della mano	309,80
N 87.03	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	74,90
N 87.03.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO TC del cranio [sella turcica, orbite] TC dell' encefalo	120,40

JUA



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 87.03.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	80,50
N 87.03.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del massiccio facciale [mascellare, seni paranasali, etmoide, articolazioni temporo-mandibolari] In caso di ricostruzione tridimensionale codificare anche (88.90.2)	127,80
N 87.03.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE ARCADE DENTARIE [DENTALSCAN] TC dei denti (arcata superiore o inferiore)	93,00
N 87.03.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	74,90
N 87.03.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ORECCHIO, SENZA E CON CONTRASTO TC dell'orecchio [orecchio medio e interno, rocche e mastoidi, base cranica e angolo ponto cerebellare]	120,40
N 87.03.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	74,90
N 87.03.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO TC del collo [ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi, faringe, laringe, esofago cervicale]	120,40
N 87.03.9	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialo-Tc	74,90
N 87.04.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLA LARINGE	27,90
N 87.05	DACRIOCISTOGRAFIA	85,20
N 87.06	FARINGOGRAFIA Incluso: esame diretto	30,50
N 87.06.1	RADIOGRAFIA CON CONTRASTO DELLE GHIANDOLE SALIVARI Scialografia (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	54,70
N 87.07	LARINGOGRAFIA CON CONTRASTO (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto	46,50



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 87.09.1	RADIOGRAFIA DEI TESSUTI MOLLI DELLA FACCIA, DEL CAPO E DEL COLLO Esame diretto (2 proiezioni) di: laringe, rinofaringe, ghiandole salivari In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia delle ghiandole salivari codificare anche 88.90.1	15,20
N 87.09.2	RADIOGRAFIA DEL TRATTO FARINGO-CRICO-ESOFAGEO-CARDIALE Con videoregistrazione	66,60
N 87.11.1	RADIOGRAFIA DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	10,30
N 87.11.2	RADIOGRAFIA CON OCCLUSALE DI ARCATA DENTARIA Superiore o inferiore	9,30
N 87.11.3	ORTOPANORAMICA DELLE ARCADE DENTARIE Arcate dentarie complete superiore e inferiore (OPT)	20,70
N 87.11.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DELLE ARCADE DENTARIE	24,30
N 87.12.1	TELERADIOGRAFIA DEL CRANIO Per cefalometria ortodontica	10,30
N 87.12.2	ALTRA RADIOGRAFIA DENTARIA Radiografia endorale (1 radiogramma)	6,20
N 87.13.1	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Monolaterale (4 proiezioni) Incluso: esame diretto	67,10
N 87.13.2	ARTROGRAFIA TEMPOROMANDIBOLARE CON CONTRASTO Bilaterale Incluso: esame diretto	84,70
N 87.16.1	ALTRA RADIOGRAFIA DI OSSA DELLA FACCIA Radiografia (2 proiezioni) di: orbite, mastoidi [rocche petrose, forami ottici], ossa nasali, articolazione temporo-mandibolare, emimandibola	15,00
N 87.16.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Basale e dinamica bilaterale Incluso: esame diretto	53,20
N 87.16.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Monolaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporo-mandibolare basale e dinamica (87.16.2)	26,90
N 87.16.4	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] ARTICOLAZIONE TEMPOROMANDIBOLARE Bilaterale Incluso: esame diretto Escluso: Stratigrafia articolazione temporo-mandibolare basale e dinamica (87.16.2)	44,40



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 87.17.1	RADIOGRAFIA DEL CRANIO E DEI SENI PARANASALI Cranio in tre proiezioni	22,20
N 87.17.2	RADIOGRAFIA DELLA SELLA TURCICA (2 proiezioni)	15,20
N 87.17.3	CONTROLLO RADIOLOGICO DI DERIVAZIONI LIQUORALI (2 proiezioni)	17,30
N 87.22	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA CERVICALE (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna cervicale	18,10
N 87.23	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA TORACICA (DORSALE) (2 proiezioni) Esame morfodinamico della colonna dorsale, rachide dorsale per morfometria vertebrale	17,30
N 87.24	RADIOGRAFIA DELLA COLONNA LOMBOSACRALE (2 proiezioni) Radiografia del rachide lombosacrale o sacrococcigeo, esame morfodinamico della colonna lombosacrale, rachide lombosacrale per morfometria vertebrale	17,30
N 87.29	RADIOGRAFIA COMPLETA DELLA COLONNA (2 proiezioni) Radiografia completa della colonna e del bacino sotto carico	34,60
N 87.35	GALATTOGRAFIA	68,20
N 87.37.1	MAMMOGRAFIA BILATERALE (2 proiezioni)	34,90
N 87.37.2	MAMMOGRAFIA MONOLATERALE (2 proiezioni)	23,00
N 87.37.3	PNEUMOCISTIGRAFIA MAMMARIA	32,00
N 87.38	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE TORACICA (Minimo 2 radiogrammi)	54,20
N 87.41	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	77,70
N 87.41.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO TC del torace [polmoni, aorta toracica, trachea, esofago, sterno, coste, mediastino]	124,10
N 87.42.1	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA BILATERALE Tomografia bilaterale polmonare	49,10
N 87.42.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] TORACICA MONOLATERALE Tomografia monolaterale polmonare	34,60



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 87.42.3	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DEL MEDIASTINO	40,00
o 87.42.4	CORONAROGRAFIA TC	200,00
N 87.43.1	RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (3 proiezioni) Scheletro toracico costale bilaterale	24,30
N 87.43.2	ALTRA RADIOGRAFIA DI COSTE, STERNO E CLAVICOLA (2 proiezioni) Scheletro toracico costale monolaterale, sterno, clavicola	16,00
N 87.44.1	RADIOGRAFIA DEL TORACE DI ROUTINE, NAS Radiografia standard del torace [Teleradiografia, Telecuore] (2 proiezioni)	15,50
N 87.44.2	TELECUORE CON ESOFAGO BARITATO (4 proiezioni)	31,50
N 87.49.1	RADIOGRAFIA DELLA TRACHEA (2 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di stratigrafia della trachea codificare anche 88.90.1	15,00
N 87.52	COLANGIOGRAFIA INTRAVENOSA Incluso: esame diretto e tomografia delle vie biliari	68,70
N 87.54.1	COLANGIOGRAFIA TRANS-KEHR Incluso: esame diretto	44,40
N 87.59.1	COLECISTOGRAFIA Incluso: esame diretto e prova di Bronner	50,10
N 87.61	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL TUBO DIGERENTE Pasto baritato (9 radiogrammi) Incluso: Radiografia dell' esofago	70,50
N 87.62	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE SUPERIORE Studio seriato delle prime vie del tubo digerente (esofago stomaco e duodeno) (6 radiogrammi)	50,10
N 87.62.1	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON CONTRASTO Non associabile a Radiografia dell'esofago con doppio contrasto (87.62.2) Non associabile a Radiografia del tratto gastrointestinale superiore (87.62)	37,40
N 87.62.2	RADIOGRAFIA DELL'ESOFAGO CON DOPPIO CONTRASTO Non associabile a Radiografia dell'esofago con contrasto (87.62.1) Non associabile a Radiografia del tratto gastrointestinale superiore (87.62)	47,30
N 87.62.3	RADIOGRAFIA DELLO STOMACO E DEL DUODENO CON DOPPIO CONTRASTO Non associabile a Radiografia del tratto gastrointestinale superiore (87.62) Non associabile a Radiografia dell'esofago con doppio contrasto (87.62.2)	59,40

B W



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 87.63	STUDIO SERIATO DELL' INTESTINO TENUE	45,40
N 87.64	RADIOGRAFIA DEL TRATTO GASTROINTESTINALE INFERIORE Tubo digerente (tenue e colon), seconde vie (5 radiogrammi) Non associabile ai codici da 87.61 a 87.65.3 compresi	30,00
N 87.65.1	CLISMA OPACO SEMPLICE Non associabile a Clisma con doppio contrasto (87.65.2)	51,60
N 87.65.2	CLISMA CON DOPPIO CONTRASTO Non associabile a Clisma opaco semplice (87.65.1)	91,70
N 87.65.3	CLISMA DEL TENUE CON DOPPIO CONTRASTO	141,00
N 87.66	RADIOGRAFIA DEL PANCREAS CON CONTRASTO Wirsungrafia	59,60
N 87.69.1	ALTRE PROCEDURE DIAGNOSTICHE SULL' APPARATO DIGERENTE Defecografia, ansogramma colico per atresia anorettale	63,30
N 87.71	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo Non associabile ai codici 88.01.1, 88.01.3 e 88.01.5	85,50
N 87.71.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEI RENI, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Logge renali, surreni, logge surrenaliche, psoas, retroperitoneo Non associabile ai codici 88.01.2, 88.01.4 e 88.01.6	134,40
N 87.72	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] RENALE Tomografia regioni renali, nefropielotomografia Incluso: esame diretto	27,90
N 87.73	UROGRAFIA ENDOVENOSA Incluso: esame diretto e nefropielotomografia	89,40
N 87.74.1	PIELOGRAFIA RETROGRADA MONOLATERALE (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	68,70
N 87.74.2	PIELOGRAFIA RETROGRADA BILATERALE (8 radiogrammi) Incluso: esame diretto	91,90
N 87.75.1	PIELOGRAFIA TRANSPIELOSTOMICA	43,40
N 87.76	CISTOURETROGRAFIA RETROGRADA Uretrocistografia ascendente e minzionale (6 radiogrammi) Non associabile ai codici 87.76.1, 87.77 e 87.77.1	66,10
N 87.76.1	CISTOURETROGRAFIA MINZIONALE	53,70

*QW*



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 87.77	CISTOGRAFIA (4 radiogrammi) Incluso: esame diretto Non associabile ai codici 87.76, 87.76.1 e 87.77.1	48,30
N 87.77.1	CISTOGRAFIA CON DOPPIO CONTRASTO (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto Non associabile ai codici 87.76, 87.76.1 e 87.77	68,70
N 87.79	RADIOGRAFIA DELL' APPARATO URINARIO Apparato urinario a vuoto (2 radiogrammi)	19,40
N 87.79.1	URETROGRAFIA (3 radiogrammi)	43,90
N 87.83	ISTEROSALPINGOGRAFIA (6 radiogrammi) Incluso: esame diretto	108,50
N 87.89.1	COLPOGRAFIA (4 radiogrammi)	55,80
N 87.99.1	CAVERNOSOGRAFIA SEMPLICE	72,30
N 87.99.2	CAVERNOSOGRAFIA DINAMICA	73,90
N 88.01.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni Non associabile ai codici 87.71, 88.01.5 e 88.01.3	79,50
N 88.01.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, retroperitoneo, stomaco, duodeno, tenue, grandi vasi addominali, reni e surreni	126,90
N 88.01.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata Non associabile ai codici 88.01.1 e 88.01.5	79,50
N 88.01.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Pelvi, colon e retto, vescica, utero e annessi o prostata Non associabile ai codici 88.01.2 e 88.01.6	126,90
N 88.01.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO Non associabile ai codici 87.71, 88.01.1 e 88.01.3	103,70
N 88.01.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile ai codici 87.71.1, 88.01.2 e 88.01.4	158,00



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 88.01.7	ENDOSCOPIA TC VIRTUALE (COLON, VIE AEREE)	110,00
N 88.03.1	FISTOLOGRAFIA DELLA PARETE ADDOMINALE E/O DELL' ADDOME (4 radiogrammi)	54,20
N 88.04	LINFOGRAFIA ADDOMINALE	126,00
N 88.19	RADIOGRAFIA DELL' ADDOME (2 proiezioni)	19,40
N 88.21	RADIOGRAFIA DELLA SPALLA E DELL' ARTO SUPERIORE Radiografia (2 proiezioni) di: spalla, braccio, toraco-brachiale	17,80
N 88.22	RADIOGRAFIA DEL GOMITO E DELL' AVAMBRACCIO Radiografia (2 proiezioni) di: gomito, avambraccio	15,00
N 88.23	RADIOGRAFIA DEL POLSO E DELLA MANO Radiografia (2 proiezioni) di: polso, mano, dito della mano	14,20
N 88.25	PELVIMETRIA	17,60
N 88.26	RADIOGRAFIA DI PELVI E ANCA Radiografia del bacino, Radiografia dell' anca	17,60
N 88.27	RADIOGRAFIA DEL FEMORE, GINOCCHIO E GAMBA Radiografia (2 proiezioni) di: femore, ginocchio, gamba	21,20
N 88.28	RADIOGRAFIA DEL PIEDE E DELLA CAVIGLIA Radiografia (2 proiezioni) di: caviglia, piede [calcagno], dito del piede	17,80
N 88.29.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEGLI ARTI INFERIORI E DEL BACINO SOTTO CARICO	30,20
N 88.29.2	RADIOGRAFIA ASSIALE DELLA ROTULA (3 proiezioni)	26,30
N 88.31	RADIOGRAFIA DELLO SCHELETRO IN TOTO [Scheletro per patologia sistemica]	90,40
N 88.31.1	RADIOGRAFIA COMPLETA DEL LATTANTE	22,50
N 88.32	ARTROGRAFIA CON CONTRASTO (4 proiezioni) Escluso: quella dell' articolazione temporomandibolare (87.13.1, 87.13.2)	82,10
N 88.33.1	STUDIO DELL' ETA' OSSEA (1 proiezione) polso-mano o ginocchia	12,10
N 88.33.2	TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] DI SEGMENTO SCHELETRICO	31,50
N 88.35.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE (Minimo 2 radiogrammi)	54,20
N 88.37.1	FISTOLOGRAFIA DELL' ARTO INFERIORE (Minimo 2 radiogrammi)	54,20



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.38.1	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici	77,70
N 88.38.2	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale Incluso: lo studio di 3 metameri e 2 spazi intersomatici	124,10
N 88.38.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	81,80
N 88.38.4	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: spalla e braccio [spalla, braccio], gomito e avambraccio [gomito, avambraccio], polso e mano [polso, mano]	129,70
N 88.38.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO TC di: bacino e articolazioni sacro-iliache Non associabile aTomografia computerizzata (TC) dell'arto inferiore (88.38.6)	77,90
N 88.38.6	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]	77,90
N 88.38.7	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ARTO INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO TC di: articolazione coxo-femorale e femore [articolazione coxo-femorale, femore], ginocchio e gamba [ginocchio, gamba], caviglia e piede [caviglia, piede]	124,10
N 88.38.8	ARTRO TC Spalla o gomito o ginocchio Non associabile aTomografia computerizzata (TC) dell'arto superiore (88.38.4) Non associabile aTomografia computerizzata (TC) dell'arto inferiore (88.38.7)	135,70
N 88.39.1	LOCALIZZAZIONE RADIOLOGICA CORPO ESTRANEO (2 proiezioni)	15,50
N 88.42.1	AORTOGRAFIA Angiografia digitale arteriosa dell' aorta e dell' arco aortico	283,30
N 88.42.2	AORTOGRAFIA ADDOMINALE Angiografia digitale dell' aorta addominale	283,30
N 88.48	ARTERIOGRAFIA DELL'ARTO INFERIORE	283,30



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.60.1	FLEBOGRAFIA SPINALE Cervicale, dorsale, lombare	263,90
N 88.61.1	FLEBOGRAFIA ORBITARIA	98,10
N 88.61.2	FLEBOGRAFIA GIUGULARE	256,70
N 88.63.1	CAVOGRAFIA SUPERIORE	256,70
N 88.63.2	FLEBOGRAFIA DELL' ARTO SUPERIORE Monolaterale Non associabile a Cavografia superiore (88.63.1)	246,40
N 88.65.1	CAVOGRAFIA INFERIORE	246,40
N 88.65.2	FLEBOGRAFIA RENALE Non associabile a Cavografia inferiore (88.65.1)	246,40
N 88.65.3	FLEBOGRAFIA ILIACA Bilaterale Non associabile a Cavografia inferiore (88.65.1)	256,70
N 88.66.1	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Monolaterale	246,40
N 88.66.2	FLEBOGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI Bilaterale	285,10
o 88.67.2	CONTROLLO ANGIOGRAFICO POST-FIBRINOLISI	150,00
o 88.68.1	CONTROLLO DRENAGGI ADDOME SUPERIORE (E.O.)	150,00
o 88.68.2	CONTROLLO DRENAGGIO (e.o)	150,00
o 88.68.3	CONTROLLO DRENAGGIO ASCESSI MEDIASTINICI	150,00
o 88.68.4	CONTROLLO DRENAGGI ASCESSI PERIRENALI (e.o)	150,00
o 88.68.5	CONTROLLO DRENAGGIO ASCESSI POLMONARI (e.o.)	150,00
o 88.68.6	CONTROLLO DRENAGGIO BILIARE(e.o.)	150,00
o 88.68.7	CONTROLLO DRENAGGIO CISTI RENALE (e.o)	150,00
o 88.68.8	CONTROLLO DRENAGGIO PSEUDOCISTI (e.o.)	150,00
o 88.68.9	CONTROLLO DRENAGGIO RETROPERITONEALE (e.o)	150,00
o 88.69.1	CONTROLLO E SOSTITUZIONE CATETERE DRENAGGIO BILIARE,NEFROSTOMICO,ADDOMINALE	450,00
o 88.69.2	CONTROLLO NEFFROSTOMIA (e.o) (rx)	150,00
o 88.69.3	OCCLUSIONE TRAMITI FISTOLOSI	450,00



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.71.1	ECOENCEFALOGRAFIA Ecografia tranfontanellare	31,20
N 88.71.2	STUDIO DOPPLER TRANSCRANICO Con analisi spettrale dopo prova fisica o farmacologica	46,00
N 88.71.3	COLOR DOPPLER TRANSCRANICO	49,10
N 88.71.4	DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO Ecografia di: ghiandole salivari, collo per linfonodi, tiroide-paratiroidi	28,40
N 88.72.1	ECOGRAFIA CARDIACA Ecocardiografia	51,60
N 88.72.2	ECODOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	60,40
N 88.72.3	ECOCOLORDOPPLERGRAFIA CARDIACA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	62,00
N 88.72.4	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA CARDIACA TRANSESOFAGEA Ecocardiografia transesofagea	77,50
N 88.72.5	ECOCARDIOGRAMMA FETALE	41,30
N 88.73.1	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	35,90
N 88.73.2	ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA Monolaterale	21,20
N 88.73.3	ECOGRAFIA POLMONARE	35,90
N 88.73.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MAMMELLA	30,70
N 88.73.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAAORTICI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	43,90
N 88.74.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, pancreas, milza, reni e surreni, retroperitoneo Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1)	43,90
N 88.74.2	ECO(COLOR)DOPPLER DEL FEGATO E DELLE VIE BILIARI Non associabile ai codici 88.74.3, 88.74.4 e 88.74.5	43,40
N 88.74.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEL PANCREAS Non associabile ai codici 88.74.2, 88.74.4 e 88.74.5	43,40
N 88.74.4	ECO(COLOR)DOPPLER DELLA MILZA Non associabile ai codici 88.74.2, 88.74.3 e 88.74.5	43,40
N 88.74.5	ECO(COLOR)DOPPLER DEI RENI E DEI SURRENI Non associabile ai codici 88.74.2, 88.74.3 e 88.74.4	34,10



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.75.1	ECOGRAFIA DELL' ADDOME INFERIORE Incluso: Ureteri, vescica e pelvi maschile o femminile Escluso: Ecografia dell' addome completo (88.76.1) Non associabile a Ecografia ovarica (88.78.1)	32,00
N 88.75.2	ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE Vescica e pelvi maschile o femminile, Ecografia ostetrica o ginecologica con flussimetria doppler	50,10
N 88.76.1	ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	60,40
N 88.76.2	ECOGRAFIA DI GROSSI VASI ADDOMINALI Aorta addominale, grossi vasi addominali e linfonodi paravasali	32,00
N 88.77.1	ECOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	24,80
N 88.77.2	ECO(COLOR)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI O DISTRETTUALE, ARTERIOSA O VENOSA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	43,90
N 88.77.3	(LASER)DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI	23,20
N 88.78	ECOGRAFIA OSTETRICA	31,00
N 88.78.1	ECOGRAFIA OVARICA Per monitoraggio ovulazione Non associabile ai codici 88.75.1 e 88.78	23,00
N 88.78.2	ECOGRAFIA GINECOLOGICA	31,00
N 88.79.1	ECOGRAFIA DELLA CUTE E DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO	28,40
N 88.79.2	ECOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Ecografia del bacino per screening lussazione congenita dell' anca Non associabile al codice 88.79.3	32,50
N 88.79.3	ECOGRAFIA MUSCOLOTENDINEA Non associabile al codice 88.79.2	28,40
N 88.79.4	ECOGRAFIA TRANSESOFAGEA DEL TORACE	50,60
N 88.79.5	ECOGRAFIA DEL PENE	31,00
N 88.79.6	ECOGRAFIA DEI TESTICOLI	31,00
N 88.79.7	ECOGRAFIA TRANSVAGINALE	43,40
N 88.79.8	ECOGRAFIA TRANSRETTALE	43,40
N 88.83.1	TELETERMOGRAFIA OSTEOARTICOLARE Scheletro in toto e colonna	25,30

LUN



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.85	TELETERMOGRAFIA DELLA MAMMELLA Bilaterale	25,30
N 88.89	TELETERMOGRAFIA PARTI MOLLI	25,30
N 88.90.1	EVENTUALE TOMOGRAFIA [STRATIGRAFIA] CONTEMPORANEA AD ESAME DI: Ghiandole salivari (87.09.1) Trachea (87.49.1)	15,00
N 88.90.2	RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE TC Ricostruzione tridimensionale in corso di: TC del massiccio facciale (87.03.2, 87.03.3), Studio fisico-dosimetrico (92.29.5)	18,10
N 88.90.3	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE Spazio intersomatico o metamero aggiuntivo in corso di TC del rachide [cervicale, toracico, lombosacrale], spinale	26,50
N 88.91.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM del distretto vascolare intracranico ( 88.91.5)	166,60
N 88.91.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM del distretto vascolare intracranico ( 88.91.5)	247,50
N 88.91.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE [sella turca, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	120,10
N 88.91.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL MASSICCIO FACCIALE, SENZA E CON CONTRASTO [sella turca, orbite, rocche petrose, articolazioni temporomandibolari] Incluso: relativo distretto vascolare	187,10
N 88.91.5	ANGIO- RM DEL DISTRETTO VASCOLARE INTRACRANICO Non associabile ai codici 88.91.1 e 88.91.2	184,80
N 88.91.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM dei vasi del collo (88.91.8)	120,10
N 88.91.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL COLLO, SENZA E CON CONTRASTO [faringe, laringe, parotidi-ghiandole salivari, tiroide-paratiroidi] Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM dei vasi del collo (88.91.8)	187,10



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.91.8	ANGIO- RM DEI VASI DEL COLLO Non associabile ai codici 88.91.6 e 88.91.7	184,80
N 88.92	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM del distretto toracico (88.92.2)	115,80
N 88.92.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO [mediastino, esofago] Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM del distretto toracico (88.92.2)	181,30
N 88.92.2	ANGIO- RM DEL DISTRETTO TORACICO Non associabile ai codici 88.92 e 88.92.1	184,80
N 88.92.3	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE Non associabile ai codici 88.92.4 e 88.92.5	120,10
N 88.92.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DEL CUORE, SENZA E CON CONTRASTO Non associabile ai codici 88.92.3 e 88.92.5	187,10
N 88.92.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (CINE-RM) DEL CUORE Non associabile ai codici 88.92.3 e 88.92.4	232,80
N 88.92.6	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Monolaterale Non associabile al codice 88.92.7	111,20
N 88.92.7	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Monolaterale Non associabile al codice 88.92.6	175,50
N 88.92.8	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA Bilaterale Non associabile al codice 88.92.9	120,10
N 88.92.9	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA MAMMELLA, SENZA E CON CONTRASTO Bilaterale Non associabile al codice 88.92.8	187,10
N 88.93	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA Cervicale, toracica, lombosacrale	115,80
N 88.93.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELLA COLONNA, SENZA E CON CONTRASTO Cervicale, toracica, lombosacrale	181,30

104



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 88.94.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino	133,30
N 88.94.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) MUSCOLOSCHIELETRICA, SENZA E CON CONTRASTO RM di spalla e braccio [spalla, braccio] RM di gomito e avambraccio [gomito, avambraccio] RM di polso e mano [polso, mano] RM di bacino	204,20
N 88.94.3	ANGIO-RM DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE	184,80
N 88.95.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM dell' addome superiore (88.95.3)	120,10
N 88.95.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO Incluso: Fegato e vie biliari, milza, pancreas, reni e surreni, retroperitoneo e relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM dell' addome superiore (88.95.3)	187,10
N 88.95.3	ANGIO RM DELL'ADDOME SUPERIORE Non associabile ai codici 88.95.1 e 88.95.2	184,80
N 88.95.4	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM dell'addome inferiore ( 88.95.6)	120,10
N 88.95.5	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO Vescica e pelvi maschile o femminile Incluso: relativo distretto vascolare Non associabile a Angio-RM dell'addome inferiore ( 88.95.6)	187,10
N 88.95.6	ANGIO RM DELL'ADDOME INFERIORE Non associabile ai codici 88.95.4 e 88.95.5	184,80
o 88.97.1	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA	232,40
o 88.97.2	RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) ENDOCAVITARIA, SENZA E CON CONTRASTO	335,70
o 88.97.4	RM -DIFFUSIONE	222,10
o 88.97.5	RM -PERFUSIONE	330,00



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
o	88.97.6	RM-SPETTROSCOPIA	222,10
o	88.97.7	RM-ATTIVAZIONE-CORTICALE	222,10
N	88.99.1	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A FOTONE SINGOLO O DOPPIO Polso o caviglia	21,20
N	88.99.2	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Lombare, femorale, ultradistale	31,50
N	88.99.3	DENSITOMETRIA OSSEA CON TECNICA DI ASSORBIMENTO A RAGGI X Total body	43,40
N	88.99.4	DENSITOMETRIA OSSEA CON TC Lombare	69,30
N	88.99.5	DENSITOMETRIA OSSEA AD ULTRASUONI	17,60
N	89.01	VISITA DI CONTROLLO (di routine o di follow up). Escluso: le visite di controllo specificamente codificate, Esame neuropsicologico clinico neurocomportamentale per disturbi del linguaggio, per deterioramento intellettivo,	12,90
N	89.03	ANAMNESI E VALUTAZIONE, DEFINITE COMPLESSIVE Escluso: le prime visite specificamente codificate	20,70
N	89.07	CONSULTO, DEFINITO COMPLESSIVO Valutazione multidimensionale geriatrica d' équipe	46,50
o	89.09	OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA	220,00
N	89.11	TONOMETRIA	13,90
N	89.12	STUDIO DELLA FUNZIONE NASALE Rinomanometria	13,90
N	89.13	VISITA NEUROLOGICA [NEUROCHIRURGICA]	20,70
N	89.14	ELETTROENCEFALGRAMMA Elettroencefalogramma standard e con sensibilizzazione (stimolazione luminosa intermittente, iperpnea) Escluso: EEG con polisonnogramma (89.17)	23,20
N	89.14.1	ELETTROENCEFALGRAMMA CON SONNO FARMACOLOGICO	34,90
N	89.14.2	ELETTROENCEFALGRAMMA CON PRIVAZIONE DEL SONNO	34,90
N	89.14.3	ELETTROENCEFALGRAMMA DINAMICO 24 Ore	46,50
N	89.14.4	ELETTROENCEFALGRAMMA DINAMICO 12 Ore	34,90
N	89.14.5	ELETTROENCEFALGRAMMA CON ANALISI SPETTRALE Con mappaggio	34,90



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
N	89.15.1	POTENZIALI EVOCATI ACUSTICI	23,20
N	89.15.2	POTENZIALI EVOCATI STIMOLO ED EVENTO CORRELATI Potenziali evocati speciali (olfattivi, trigeminali) Incluso: EEG	48,80
N	89.15.3	POTENZIALI EVOCATI MOTORI Arto superiore o inferiore Incluso: EEG	34,90
N	89.15.4	POTENZIALI EVOCATI SOMATO-SENSORIALI Per nervo o dermatomero Incluso: EEG	34,90
N	89.15.5	TEST NEUROFISIOLOGICI PER LA VALUTAZIONE DEL SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO Incluso: Analisi spettrale o registrazione poligrafica	55,80
N	89.15.6	POLIGRAFIA Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50
N	89.15.7	POLIGRAFIA DINAMICA AMBULATORIALE Escluso: Test neurofisiologici per la valutazione del sistema nervoso vegetativo (89.15.5)	46,50
N	89.15.8	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Per ricerca di soglia	41,80
N	89.15.9	POTENZIALI EVOCATI UDITIVI Da stimolo elettrico	93,00
N	89.17	POLISONNOGRAMMA Diurno o notturno e con metodi speciali	139,40
N	89.18.1	TEST POLISONNOGRAFICI DEL LIVELLO DI VIGILANZA	139,40
N	89.18.2	MONITORAGGIO PROTRATTO DEL CICLO SONNO-VEGLIA	139,40
N	89.19.1	ELETTROENCEFALOGRAMMA CON VIDEOREGISTRAZIONE	27,90
N	89.19.2	POLIGRAFIA CON VIDEOREGISTRAZIONE	51,10
N	89.22	CISTOMETROGRAFIA Cistomanometria	55,80
N	89.23	ELETTROMIOGRAFIA DELLO SFINTERE URETRALE	23,20
N	89.24	UROFLUSSOMETRIA	11,60
N	89.25	PROFILO PRESSORIO URETRALE	11,60
N	89.26	VISITA GINECOLOGICA	20,70

106



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 89.32	MANOMETRIA ESOFAGEA	67,10
N 89.32.1	MANOMETRIA ESOFAGEA 24 Ore	93,00
N 89.37.1	SPIROMETRIA SEMPLICE	23,20
N 89.37.2	SPIROMETRIA GLOBALE	37,20
N 89.37.3	SPIROMETRIA SEPARATA DEI DUE POLMONI (METODICA DI ARNAUD)	46,50
N 89.37.4	TEST DI BRONCODILATAZIONE FARMACOLOGICA Spirometria basale e dopo somministrazione di farmaco	37,20
N 89.37.5	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO O ASPECIFICO Curva dose-risposta Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 13	55,80
N 89.37.6	PROVA BRONCODINAMICA CON BRONCOCOSTRITTORE SPECIFICO Singolo stimolo Spirometria di base e spirometrie di controllo fino ad un massimo di 4	46,50
N 89.38.1	RESISTENZE DELLE VIE AEREE Escluso: Spirometria	23,20
N 89.38.2	SPIROMETRIA GLOBALE CON TECNICA PLETISMOGRAFICA	23,20
N 89.38.3	DIFFUSIONE ALVEOLO-CAPILLARE DEL CO	23,20
N 89.38.4	COMPLIANCE POLMONARE STATICA E DINAMICA	46,50
N 89.38.5	DETERMINAZIONE DEL PATTERN RESPIRATORIO A RIPOSO	23,20
N 89.38.6	VALUTAZIONE DELLA VENTILAZIONE E DEI GAS ESPIRATI E RELATIVI PARAMETRI	69,70
N 89.38.7	DETERMINAZIONE DELLE MASSIME PRESSIONI INSPIRATORIE ED ESPIRATORIE O TRANSDIAFRAMMATICHE	46,50
N 89.38.8	TEST DI DISTRIBUZIONE DELLA VENTILAZIONE CON GAS NON RADIOATTIVI	23,20
N 89.38.9	DETERMINAZIONE DELLA P O.1	23,20
N 89.39.1	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPILUMINESCENZA	7,00
N 89.39.2	OSSERVAZIONE DERMATOLOGICA IN EPIDIASCOPIA	7,00
N 89.39.3	VALUTAZIONE DELLA SOGLIA DI SENSIBILITA' VIBRATORIA	18,60
N 89.39.4	GUSTOMETRIA	9,30
N 89.39.5	ELETTROGUSTOMETRIA	7,40



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 89.41	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	55,80
N 89.42	TEST DA SFORZO DEI DUE GRADINI DI MASTERS	18,60
N 89.43	TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO Escluso: Prova da sforzo cardiorespiratorio (89.44.1)	55,80
N 89.44	ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO Test da sforzo al tallio con o senza stimolatore transesofageo	55,80
N 89.44.1	PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi	83,70
N 89.44.2	TEST DEL CAMMINO	55,80
N 89.48.1	CONTROLLO E PROGRAMMAZIONE PACE-MAKER	23,20
N 89.50	ELETTROCARDIOGRAMMA DINAMICO Dispositivi analogici (Holter)	62,00
N 89.52	ELETTROCARDIOGRAMMA	11,60
N 89.54	MONITORAGGIO ELETTROCARDIOGRAFICO Telemetria ECG con studio dei potenziali tardivi Escluso: Elettrocardiogramma dinamico (89.50), quello durante chirurgia	46,50
N 89.58.1	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	18,60
N 89.58.2	FOTOPLETISMOGRAFIA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	27,90
N 89.58.3	FOTOPLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60
N 89.58.4	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI O INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	18,60
N 89.58.5	PLETISMOGRAFIA AD OCCLUSIONE VENOSA DEGLI ARTI SUPERIORI E INFERIORI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica Escluso: Pletismografia di un arto (89.58.8)	27,90
N 89.58.6	PLETISMOGRAFIA PENIENA A riposo o dopo prova fisica o farmacologica	20,70
N 89.58.7	PLETISMOGRAFIA DI ALTRI DISTRETTI A riposo o dopo prova fisica o farmacologica o durante blocco anestetico	18,60
N 89.58.8	PLETISMOGRAFIA DI UN ARTO	18,60

DMA



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
N	89.59.1	TEST CARDIOVASCOLARI PER VALUTAZIONE DI NEUROPATIA AUTONOMICA	41,30
N	89.61.1	MONITORAGGIO CONTINUO [24 Ore] DELLA PRESSIONE ARTERIOSA	41,30
N	89.62	MONITORAGGIO DELLA PRESSIONE VENOSA CENTRALE	46,50
N	89.65.1	EMOGASANALISI ARTERIOSA SISTEMICA Emogasanalisi di sangue capillare o arterioso	12,30
N	89.65.2	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 AD ALTA CONCENTRAZIONE Test dell' iperossia	12,30
N	89.65.3	EMOGASANALISI DURANTE RESPIRAZIONE DI O2 A BASSA CONCENTRAZIONE Test dell' ipossia	12,30
N	89.65.4	MONITORAGGIO TRANSCUTANEO DI O2 E CO2	18,60
N	89.65.5	MONITORAGGIO INCRUENTO DELLA SATURAZIONE ARTERIOSA	9,30
N	89.65.6	EMOGASANALISI PRIMA E DOPO IPERVENTILAZIONE	12,30
N	89.66	EMOGASANALISI DI SANGUE MISTO VENOSO	12,30
N	89.7	VISITA GENERALE Visita specialistica, prima visita Escluso: le prime visite specificamente codificate	20,70
o	89.8	CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA PER UTENTI MAGGIORENNI	25,00
o	89.9	CERTIFICAZIONE MEDICO SPORTIVA PER UTENTI MINORENNI E DISABILI	10,00
N	90.01.2	17 ALFA IDROSSIPROGESTERONE (17 OH-P)	10,50
N	90.01.3	17 CHETOSTEROIDI [dU]	10,60
N	90.01.5	ACIDI BILIARI	9,00
N	90.02.1	ACIDO 5 IDROSSI 3 INDOLACETICO [dU]	15,80
N	90.02.2	ACIDO CITRICO	4,10
N	90.02.3	ACIDO DELTA AMINOLEVULINICO (ALA)	9,50
N	90.02.4	ACIDO IPPURICO	5,80
N	90.02.5	ACIDO LATTICO	4,80
N	90.03.1	ACIDO PARA AMINOIPPURICO (PAI)	7,00
N	90.03.4	ACIDO VALPROICO	10,90

114



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa	
N	90.03.5	ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]	18,50
N	90.04.1	ADIURETINA (ADH)	20,60
N	90.04.2	ADRENALINA - NORADRENALINA [P]	22,70
N	90.04.3	ADRENALINA - NORADRENALINA [U]	20,60
N	90.04.4	ALA DEIDRASI ERITROCITARIA	4,70
N	90.04.5(*)	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]	2,00
N	90.05.1	ALBUMINA [S/U/dU]	1,40
N	90.05.3	ALDOSTERONE [S/U]	17,10
N	90.05.4	ALFA 1 ANTITRIPSINA [S]	5,30
N	90.05.5	ALFA 1 FETOPROTEINA [S/La/Alb]	7,40
N	90.06.1	ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA [S]	5,30
N	90.06.2	ALFA 1 MICROGLOBULINA [S/U]	5,30
N	90.06.3	ALFA 2 MACROGLOBULINA	5,30
N	90.06.4	ALFA AMILASI [S/U]	1,80
N	90.06.5	ALFA AMILASI ISOENZIMI (Frazione pancreatica)	3,70
N	90.07.1	ALLUMINIO [S/U]	8,20
N	90.07.2	AMINOACIDI DOSAGGIO SINGOLO [S/U/Sg/P]	3,10
N	90.07.3	AMINOACIDI TOTALI [S/U/Sg/P]	11,60
N	90.07.5	AMMONIO [P]	6,40
N	90.08.3	ANTIBIOTICI Aminoglicosidi, Vancomicina	8,90
N	90.08.4	APOLIPOPROTEINA ALTRA	5,30
N	90.08.5	APOLIPOPROTEINA B	5,30
N	90.09.1	APTOGLOBINA	5,30
N	90.09.2(*)	ASPARTATO AMINOTRANSFERASI (AST) (GOT) [S]	2,00
N	90.09.3	BARBITURICI	7,40
N	90.09.4	BENZODIAZEPINE	10,30

LM



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.09.5	BENZOLO	8,30
N 90.10.1	BETA2 MICROGLOBULINA [S/U]	5,30
N 90.10.2	BICARBONATI (Idrogenocarbonato)	0,50
N 90.10.4(*)	BILIRUBINA TOTALE	2,00
N 90.10.5(*)	BILIRUBINA TOTALE E FRAZIONATA	2,00
N 90.11.1	C PEPTIDE	12,10
N 90.11.2	C PEPTIDE: Dosaggi seriatì dopo test di stimolo ( 5 )	50,70
N 90.11.3	CADMIO	8,20
N 90.11.4	CALCIO TOTALE [S/U/dU]	1,10
N 90.11.5	CALCITONINA	14,40
N 90.12.1	CALCOLI E CONCREZIONI (Ricerca semiquantitativa)	8,50
N 90.12.2	CALCOLI ESAME CHIMICO DI BASE (Ricerca qualitativa)	4,60
N 90.12.3	CARBAMAZEPINA	12,00
N 90.12.5	CERULOPLASMINA	5,30
N 90.13.1	CHIMOTRIPSINA [Feci]	4,90
N 90.13.2	CICLOSPORINA (Ciclosporina a, Ciclosporina A e metaboliti, tacrolimus (Fk506))	14,60
N 90.13.3	CLORURO [S/U/dU]	1,10
N 90.13.4	CLORURO, SODIO E POTASSIO [Sd] (Stimolazione con Pilocarpina)	9,00
N 90.13.5(*)	COBALAMINA (VIT B12) [S]	10,00
N 90.14.1(*)	COLESTEROLO HDL	2,00
N 90.14.3(*)	COLESTEROLO TOTALE	1,30
N 90.14.4	COLINESTERASI (PSEUDO-CHE)	1,40
N 90.14.5	COPROPORFIRINE	5,80
N 90.15.1	CORPI CHETONICI	0,50
N 90.15.2	CORTICOTROPINA (ACTH) [P]	18,50



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.15.3	CORTISOLO [S/U]	7,80
N 90.15.4(*)	CREATINCHINASI (CPK o CK)	2,00
N 90.15.5	CREATINCHINASI ISOENZIMA MB (CK-MB)	4,20
N 90.16.1	CREATINCHINASI ISOENZIMI	2,60
N 90.16.3(*)	CREATININA [S/U/dU/La]	1,50
N 90.16.4	CREATININA CLEARANCE	1,60
N 90.16.5	CROMO	8,20
N 90.17.1	DEIDROEPIANDROSTERONE (DEA)	9,30
N 90.17.2	DEIDROEPIANDROSTERONE SOLFATO (DEA-S)	15,60
N 90.17.3	DELTA 4 ANDROSTENEDIONE	13,00
N 90.17.4	DESIPRAMINA	7,80
N 90.17.5	DIIDROTESTOSTERONE (DHT)	20,60
N 90.18.1	DOPAMINA [S/U]	15,60
N 90.18.2	DOXEPINA	6,60
N 90.18.3	DROGHE D'ABUSO Amfetamina, Caffaina, Cannabinoidi, Cocaina, Eroina, LSD, Oppiacei, Fenilciclidina, Propossifene, Nicotina	5,40
N 90.18.4	ENOLASI NEURONESPECIFICA (NSE)	16,60
N 90.18.5	ERITROPOIETINA	20,70
N 90.19.2(*)	ESTRADIOLO (E2) [S/U]	13,00
N 90.19.4	ESTRIOLO NON CONIUGATO	8,30
N 90.19.5	ESTRONE (E1)	15,00
N 90.20.1	ETANOLO	6,80
N 90.20.2	ETOSUCCIMIDE	10,60
N 90.20.3	FARMACI ANTIARITMICI Chinidina, Disopiramide, Lidocaina, Procainamide	10,60
N 90.20.4	FARMACI ANTIINFIAMMATORI Acetaminofene, Paracetamolo, Salicilati	8,80

11/11



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.20.5	FARMACI ANTITUMORALI Ciclofosfamide, Metotressato	11,40
N 90.21.1	FARMACI DIGITALICI	10,00
N 90.21.2	FATTORE NATRIURETICO ATRIALE	24,70
N 90.21.3	FECI ESAME CHIMICO E MICROSCOPICO (Grassi, prod. di digestione, parassiti)	6,10
N 90.21.4	FECI SANGUE OCCULTO	3,50
N 90.22.1	FENITOINA	10,70
N 90.22.2	FENOLO [U]	3,20
N 90.22.3(*)	FERRITINA [P/(Sg)Er]	10,00
N 90.22.4	FERRO [dU]	4,80
N 90.22.5(*)	FERRO [S]	2,00
N 90.23.1	FLUORO	5,60
N 90.23.2(*)	FOLATO [S/(Sg)Er]	10,00
N 90.23.3(*)	FOLLITROPINA (FSH) [S/U]	7,00
N 90.23.5(*)	FOSFATASI ALCALINA	2,00
N 90.24.1	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMA OSSEO	12,30
N 90.24.2	FOSFATASI PROSTATICA (PAP)	10,20
N 90.24.3	FOSFATO INORGANICO [S/U/dU]	1,50
N 90.24.5	FOSFORO	1,50
N 90.25.2	FRUTTOSIO [Ls]	7,40
N 90.25.5(*)	GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI (gamma GT) [S/U]	2,00
N 90.26.1	GASTRINA [S]	14,10
N 90.26.2	GLOBULINA LEGANTE LA TIROXINA (TBG)	6,70
N 90.26.3	GLUCAGONE [S]	8,20
N 90.26.4	GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)	2,40
N 90.26.5	GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)	3,30



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.27.1(*)	GLUCOSIO [S/P/U/dU/La]	1,50
N 90.27.2	GLUCOSIO 6 FOSFATO DEIDROGENASI (G6PDH) [(Sg)Er]	7,20
N 90.27.3	GONADOTROPINA CORIONICA (Prova immunologica di gravidanza) [U]	6,00
N 90.27.4	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta frazione libera) [S/U]	11,50
N 90.27.5(*)	GONADOTROPINA CORIONICA (Subunità beta, molecola intera)	14,30
N 90.28.1(*)	Hb - EMOGLOBINA GLICATA	10,60
N 90.28.3	IMIPRAMINA	14,10
N 90.28.4	IMMUNOGLOBULINE: CATENE KAPPA E LAMBDA [S/U]	10,60
N 90.28.5	INSULINA (Curva da carico o dopo test farmacologici, max 5)	27,80
N 90.29.1	INSULINA [S]	8,70
N 90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]	1,10
N 90.29.5	LEUCIN AMINO PEPTIDASI (LAP) [S]	2,50
N 90.30.1	LEVODOPA	7,80
N 90.30.2	LIPASI [S]	2,60
N 90.30.3	LIPOPROTEINA (a)	12,30
N 90.30.4	LIQUIDI DA VERSAMENTI ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	5,90
N 90.30.5	LIQUIDO AMNIOTICO ENZIMI	1,10
N 90.31.1	LIQUIDO AMNIOTICO FOSFOLIPIDI (Cromatografia)	10,20
N 90.31.2	LIQUIDO AMNIOTICO RAPPORTO LECITINA/SFINGOMIELINA	15,90
N 90.31.3	LIQUIDO AMNIOTICO TEST ALLA SCHIUMA DI CLEMENTS	0,90
N 90.31.4	LIQUIDO SEMINALE ESAME MORFOLOGICO E INDICE DI FERTILITA'	5,10
N 90.31.5	LIQUIDO SEMINALE PROVE DI VALUTAZIONE DELLA FERTILITA'	8,10
N 90.32.1	LIQUIDO SINOVIALE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	3,50
N 90.32.2	LITIO [P]	3,50
N 90.32.3(*)	LUTEOTROPINA (LH) [S/U]	10,00

1111



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.32.4	LUTEOTROPINA (LH) E FOLLITROPINA (FSH): Dosaggi seriati dopo GNRH o altro stimolo ( 5 )	39,10
N 90.32.5	MAGNESIO TOTALE [S/U/dU/(Sg)Er]	1,50
N 90.33.1	MANGANESE [S]	5,60
N 90.33.3	MERCURIO	8,20
N 90.33.4	MICROALBUMINURIA	4,10
N 90.33.5	MIOGLOBINA [S/U]	6,90
N 90.34.1	NEOPTERINA	11,00
N 90.34.2	NICHEL	9,10
N 90.34.3	NORTRIPTILINA	5,50
N 90.34.4	OLIGOELEMENTI: DOSAGGIO PLASMATICO	6,20
N 90.35.1	ORMONE SOMATOTROPO (GH) [P/U]	10,50
N 90.35.3	OSSALATI [U]	6,20
N 90.35.4	OSTEOCALCINA (BGP)	27,20
N 90.35.5	PARATORMONE (PTH) [S]	18,90
N 90.36.1	PARATORMONE RELATED PEPTIDE [S]	5,60
N 90.36.3	PIOMBO [S/U]	18,20
N 90.36.4	PIRUVATOCHINASI (PK) [(Sg)Er]	8,50
N 90.37.1	PORFIRINE (Ricerca qualitativa e quantitativa)	13,20
N 90.37.4	POTASSIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,00
N 90.37.5	PRIMIDONE	10,60
N 90.38.1	PROGESTERONE [S]	9,10
N 90.38.2(*)	PROLATTINA (PRL) [S]	10,00
N 90.38.3(*)	PROLATTINA (PRL): Dosaggi seriati dopo TRH ( 5 )	29,00
N 90.38.4(*)	PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) [S] Incluso: Dosaggio Proteine totali	5,00
N 90.38.5	PROTEINE [S/U/dU/La]	1,10

J/M



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.39.1	PROTEINE URINARIE (ELETTROFORESI DELLE) Incluso: Dosaggio Proteine totali	4,20
N 90.39.2	PROTOPORFIRINA IX ERITROCITARIA	7,60
N 90.39.4	RAME [S/U]	4,70
N 90.39.5	RECETTORI DEGLI ESTROGENI	19,10
N 90.40.2	RENINA [P]	23,20
N 90.40.3	SELENIO	6,20
N 90.40.4	SODIO [S/U/dU/(Sg)Er]	1,00
N 90.40.5	SUCCO GASTRICO ESAME CHIMICO COMPLETO	4,20
N 90.41.2	TEOFILLINA	12,40
N 90.41.3	TESTOSTERONE [P/U]	9,80
N 90.41.4	TESTOSTERONE LIBERO	14,20
N 90.41.5	TIREOGLOBULINA (Tg)	13,30
N 90.42.1	TIREOTROPINA (TSH)	5,50
N 90.42.2	TIREOTROPINA (TSH): Dosaggi seriati dopo TRH ( 4 )	16,30
N 90.42.3	TIROXINA LIBERA (FT4)	6,40
N 90.42.4	TRANSFERRINA (Capacità ferrolegante)	3,60
N 90.42.5	TRANSFERRINA [S]	4,80
N 90.43.1	TRI TEST: ALFA 1 FETO, GONADOTROPINA CORIONICA ED ESTRIOLO LIBERO (Per screening S. Down e altre anomalie)	23,30
N 90.43.2(*)	TRIGLICERIDI	2,00
N 90.43.3	TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3)	6,40
N 90.43.4	TRIPSINA [S/U]	9,50
N 90.43.5(*)	URATO [S/U/dU]	1,50
N 90.44.1(*)	UREA [S/P/U/dU]	1,50
N 90.44.3	URINE ESAME CHIMICO FISICO E MICROSCOPICO	2,20

JW



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.44.4	URINE ESAME PARZIALE (Acetone e glucosio quantitativo)	0,50
N 90.44.5	VITAMINA D	15,90
N 90.45.1	VITAMINE IDROSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	11,20
N 90.45.2	VITAMINE LIPOSOLUBILI: DOSAGGIO PLASMATICO	11,20
N 90.45.3	XILOSIO (Test di assorbimento)	15,90
N 90.45.4	ZINCO [S/U]	5,60
N 90.45.5	ZINCOPROTOPORFIRINA [(Sg)Er]	8,40
N 90.46.3	AGGLUTININE A FREDDO	7,40
N 90.46.4	ALFA 2 ANTIPLASMINA	9,70
N 90.46.5	ANTICOAGULANTE LUPUS-LIKE (LAC)	6,70
N 90.47.1	ANTICOAGULANTI ACQUISITI RICERCA	6,00
N 90.47.2	ANTICORPI ANTI A/B	4,20
N 90.47.3	ANTICORPI ANTI ANTIGENI NUCLEARI ESTRAIBILI (ENA)	13,20
N 90.47.5	ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (IgG, IgA, IgM)	12,40
N 90.48.1	ANTICORPI ANTI CELLULE PARIETALI GASTRICHE (PCA)	8,30
N 90.48.2	ANTICORPI ANTI CITOPLASMA DEI NEUTROFILI (ANCA)	10,30
N 90.48.3	ANTICORPI ANTI DNA NATIVO	10,70
N 90.48.4	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Caratterizzazione del range termico)	1,80
N 90.48.5	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Con mezzo potenziante)	8,40
N 90.49.1	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI (Titolazione)	18,90
N 90.49.2	ANTICORPI ANTI ERITROCITARI IDENTIFICAZIONE	24,30
N 90.49.3	ANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs indiretto]	8,40
N 90.49.4	ANTICORPI ANTI FATTORE VIII	11,40
N 90.49.5	ANTICORPI ANTI GLIADINA (IgG, IgA)	10,30

104



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.50.1	ANTICORPI ANTI HLA (Cross-match, singolo individuo, urgente)	35,80
N 90.50.2	ANTICORPI ANTI HLA (Titolo per singola specificità)	35,80
N 90.50.3	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (almeno 10 soggetti, urgente)	21,00
N 90.50.4	ANTICORPI ANTI HLA CONTRO SOSPENSIONI LINFOCITARIE (almeno 10 soggetti)	18,80
N 90.50.5	ANTICORPI ANTI INSULA PANCREATICA (ICA)	7,80
N 90.51.1	ANTICORPI ANTI INSULINA (AIAA)	12,10
N 90.51.2	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI	41,90
N 90.51.3	ANTICORPI ANTI MAG	10,30
N 90.51.4	ANTICORPI ANTI MICROSOMI (AbTMS) O ANTI TIREOPEROSSIDASI (AbTPO)	11,30
N 90.51.5	ANTICORPI ANTI MICROSOMI EPATICI E RENALI (LKMA)	8,20
N 90.52.1	ANTICORPI ANTI MITOCONDRI (AMA)	9,40
N 90.52.2	ANTICORPI ANTI MUSCOLO LISCIO (ASMA)	7,40
N 90.52.3	ANTICORPI ANTI MUSCOLO STRIATO (Cuore)	6,70
N 90.52.4	ANTICORPI ANTI NUCLEO (ANA)	9,60
N 90.52.5	ANTICORPI ANTI ORGANO	13,70
N 90.53.2	ANTICORPI ANTI PIASTRINE	42,80
N 90.53.3	ANTICORPI ANTI PIASTRINE IDENTIFICAZIONE	88,20
N 90.53.5	ANTICORPI ANTI RECETTORI DEL TSH	25,10
N 90.54.1	ANTICORPI ANTI SPERMATOZOI (ADESI) (ASA)	7,80
N 90.54.4	ANTICORPI ANTI TIREOGLOBULINA (AbTg)	12,60
N 90.54.5	ANTICORPI EMOLITICI ANTI ERITROCITARI	7,00
N 90.55.1(*)	ANTIGENE CARBOIDRATICO 125 (CA 125)	18,50
N 90.55.2(*)	ANTIGENE CARBOIDRATICO 15.3 (CA 15.3)	18,10
N 90.55.3(*)	ANTIGENE CARBOIDRATICO 19.9 (CA 19.9)	16,40
N 90.55.5	ANTIGENE CARBOIDRATICO 50 (CA 50)	14,50



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.56.1	ANTIGENE CARBOIDRATICO 72-4 (CA 72-4)	21,60
N 90.56.3(*)	ANTIGENE CARCINO EMBRIONARIO (CEA)	10,00
N 90.56.4	ANTIGENE POLIPEPTIDICO TISSUTALE (TPA)	16,60
N 90.56.5	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO (PSA)	7,40
N 90.57.1	ANTIGENE TA 4 (SCC)	19,80
N 90.57.3	ANTIGENI HLA (Ciascuno)	17,40
N 90.57.4	ANTIGENI PIASTRINICI	42,10
N 90.57.5	ANTITROMBINA III FUNZIONALE	5,00
N 90.58.1	ATTIVATORE TISSUTALE DEL PLASMINOGENO (tPA)	18,40
N 90.58.2	AUTOANTICORPI ANTI ERITROCITI [Test di Coombs diretto]	6,90
N 90.58.3	BETA TROMBOGLOBULINA	8,20
N 90.58.4	CARBOSSIEMOGLOBINA [(Sg)Hb/(Sg)Er]	4,00
N 90.58.5	CITOTOSSICITA' CON ANTIGENI SPECIFICI	24,40
N 90.59.1	CITOTOSSICITA' CTL	22,40
N 90.59.2	CITOTOSSICITA' LAK	22,40
N 90.59.3	CITOTOSSICITA' SPONTANEA NK	19,40
N 90.59.4	COLTURA MISTA LINFOCITARIA UNIDIREZIONALE (tra 2 soggetti e almeno 1 controllo)	93,90
N 90.60.1	COMPLEMENTO (C1 Inibitore)	7,40
N 90.60.2	COMPLEMENTO: C1Q, C3, C3 ATT., C4 (Ciascuno)	5,30
N 90.60.3	CRIOCONSERVAZIONE CELLULE STAMINALI [PLACENTARI] PER TRAPIANTO	361,50
N 90.60.5	CRIOCONSERVAZIONE SOSPENSIONI LINFOCITARIE	32,90
N 90.61.1	CRIOGLOBULINE RICERCA	1,70
N 90.61.2	CRIOGLOBULINE TIPIZZAZIONE	12,60
N 90.61.3	CYFRA 21-1	19,10
N 90.61.4	D-DIMERO (EIA)	10,30

JMM



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.61.5	D-DIMERO (Test al lattice)	5,00
N 90.62.2(*)	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND DERIV, F.L.	4,00
N 90.62.3	EMOLISINA BIFASICA	12,10
N 90.62.4	ENZIMI ERITROCITARI	15,30
N 90.62.5	EOSINOFILI (Conteggio)[Alb]	2,20
N 90.63.1	EPARINA (Mediante dosaggio inibitore fattore X attivato)	10,90
N 90.63.2	ERITROCITI: ANTIGENI NON ABO E NON RH (Per ciascuno antigene)	6,70
N 90.63.3	ESAME DEL MIDOLLO OSSEO PER APPOSIZIONE E/O STRISCIO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	21,00
N 90.63.4	ESAME MICROSCOPICO DEL SANGUE PERIFERICO Caratterizzazione di cellule patologiche (con reaz. citochimiche e citoenzimatiche)	3,40
N 90.63.5	ESAME MICROSCOPICO DI STRISCIO O APPOSIZIONE DI CITOASPIRATO LINFOGHIANDOLARE	18,80
N 90.64.1	FATTORE vWF ANALISI MULTIMERICA	29,10
N 90.64.2	FATTORE REUMATOIDE	4,70
N 90.64.3	FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)	14,30
N 90.64.4	FENOTIPO Rh	10,60
N 90.64.5	FIBRINA / FIBRINOGENO: PROD DEGRADAZIONE (FDP/FSP) [S/U]	12,20
N 90.65.1	FIBRINOGENO FUNZIONALE	2,70
N 90.65.3	GRUPPO SANGUIGNO ABO e Rh (D)	7,80
N 90.65.4	GRUPPO SANGUIGNO ABO/Rh II controllo	5,20
N 90.66.1	Hb - BIOSINTESI IN VITRO	108,50
N 90.66.2	Hb - EMOGLOBINA [Sg/La]	2,10
N 90.66.3	Hb - EMOGLOBINA A2	9,60
N 90.66.4	Hb - EMOGLOBINA FETALE (Dosaggio)	4,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.66.5	Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc )	14,40
N 90.67.2	Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)	12,90
N 90.67.4	IDENTIFICAZIONE DI SPECIFICITA' ANTI HLA CONTRO PANNELLO LINFOCITARIO (1 siero/30 soggetti)	86,90
N 90.67.5	IgA SECRETORIE [Sa/Alb]	6,60
N 90.68.2	IgE SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE: SCREENING MULTIALLERGENICO QUALITATIVO	9,90
N 90.68.3	IgE TOTALI	7,80
N 90.68.4	IgG SOTTOCLASSE 1, 2, 3, 4 (ciascuna)	11,30
N 90.68.5	IgG SPECIFICHE ALLERGOLOGICHE	14,70
N 90.69.1	IMMUNOCOMPLESSI CIRCOLANTI	5,50
N 90.69.2	IMMUNOFISSAZIONE	20,90
N 90.69.3	IMMUNOGLOBULINE DI SUPERFICIE LINFOCITARIE	16,40
N 90.69.4	IMMUNOGLOBULINE IgA, IgG o IgM (Ciascuna)	5,00
N 90.70.1	INTERFERONE	20,60
N 90.70.2	INTERLEUCHINA 2	17,70
N 90.70.3	INTRADERMOREAZIONI CON PPD, CANDIDA, STREPTOCHINASI E MUMPS (Per test)	6,80
N 90.71.1	METAEMOGLOBINA [(Sg)Er]	2,80
N 90.71.3	PIASTRINE (Conteggio) [(Sg)]	1,80
N 90.71.5	PLASMINOGENO	14,00
N 90.72.1	PROTEINA C ANTICOAGULANTE ANTIGENE [P]	9,10
N 90.72.2	PROTEINA C ANTICOAGULANTE FUNZIONALE [P]	9,10
N 90.72.3(*)	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)	4,00
N 90.72.4	PROTEINA S LIBERA [P]	11,90
N 90.72.5	PROTEINA S TOTALE [P]	9,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.73.2	PROVA CROCIATA DI COMPATIBILITA' TRASFUSIONALE	8,50
N 90.73.3	PROVA CROCIATA PIASTRINICA	6,00
N 90.73.4	PROVA DI COMPATIBILITA' MOLECOLARE PRE-TRAPIANTO (Reazione polimerasica a catena - Fingerprint)	117,90
N 90.73.5	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO CITOMETRICA	53,60
N 90.74.1	PROVA DI COMPATIBILITA' SIEROLOGICA PRE-TRAPIANTO (Con 3 sieri ricevente)	51,20
N 90.74.2	REAZIONE DI WAALER ROSE	2,10
N 90.74.3	RESISTENZA OSMOTICA ERITROCITARIA (Test di Simmel)	7,80
N 90.74.4	RESISTENZE OSMOTICO GLOBULARI (Curva)	7,70
N 90.74.5	RETICOLOCITI (Conteggio) [(Sg)]	3,50
N 90.75.2	TEMPO DI EMORRAGIA SEC MIELKE	1,40
N 90.75.4	TEMPO DI PROTROMBINA (PT)	2,80
N 90.75.5	TEMPO DI TROMBINA (TT)	3,30
N 90.76.1	TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE (PTT)	2,80
N 90.76.2	TEST DI AGGREGAZIONE PIASTRINICA Secondo Born	4,80
N 90.76.3	TEST DI EMOLISI AL SACCAROSIO	2,80
N 90.76.4	TEST DI FALCIZZAZIONE	2,80
N 90.76.5	TEST DI HAM	4,80
N 90.77.2	TEST DI RESISTENZA ALLA PROTEINA C ATTIVATA	9,00
N 90.77.3	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA (Per mitogeno)	44,20
N 90.77.4	TEST DI STIMOLAZIONE LINFOCITARIA CON ANTIGENI SPECIFICI	36,40
N 90.78.1	TINE TEST (Reazione cutanea alla turbecolina)	4,20
N 90.78.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A	101,50
N 90.78.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-A MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10
N 90.78.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B	101,50

16



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.78.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-B MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10
N 90.79.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C	101,50
N 90.79.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-C MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10
N 90.79.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DPB1 AD ALTA RISOLUZIONE	188,70
N 90.80.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQA1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,40
N 90.80.3	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 A BASSA RISOLUZIONE	109,10
N 90.80.4	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DQB1 AD ALTA RISOLUZIONE	178,40
N 90.80.5	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DR MEDIANTE SEQUENZIAMENTO DIRETTO	54,10
N 90.81.1	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) A BASSA RISOLUZIONE	213,40
N 90.81.2	TIPIZZAZIONE GENOMICA HLA-DRB (DRB1 e DRB3,DRB4,DRB5) AD ALTA RISOLUZIONE	311,60
N 90.81.3	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE I (Fenot. Compl. loci A, B, C, o loci A, B)	149,30
N 90.81.4	TIPIZZAZIONE SIEROLOGICA HLA CLASSE II (Fenot. Compl. loci DR, DQ o locus DP)	158,70
N 90.81.5	TIPIZZAZIONE SOTTOPOPOLAZIONI DI CELLULE DEL SANGUE (Per ciascun anticorpo)	17,10
N 90.82.1	TROMBINA - ANTITROMBINA III COMPLESSO (TAT)	2,80
N 90.82.2	TROMBOSSANO B2	5,10
N 90.82.3	TROPONINA I	11,50
N 90.82.4	VALORE EMATOCRITO	0,70
N 90.82.5	VELOCITA' DI SEDIMENTAZIONE DELLE EMAZIE (VES)	2,00
N 90.83.3	ACTINOMICETI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	8,60
N 90.83.4	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)	59,90
N 90.83.5	BATTERI ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	34,10
N 90.84.1	BATTERI ANAEROBI ANTIBIOGRAMMA DA CULTURA (M.I.C. almeno 10 antibiotici)	15,80
N 90.84.2	BATTERI ANAEROBI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	9,90



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.84.3	BATTERI ANAEROBI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE	13,90
N 90.84.4	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)	6,40
N 90.84.5	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività battericida C.M.B.)	6,40
N 90.85.1	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)	7,70
N 90.85.2	BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C. , almeno 10 antibiotici)	12,20
N 90.85.3	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA In materiali biologici (E.I.A. )	7,10
N 90.85.4	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA In materiali biologici (Agglutinazione)	1,60
N 90.85.5	BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA In materiali biologici (Elettrosinresi)	2,30
N 90.86.1	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA Nas	12,20
N 90.86.2	BATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA Nas	7,60
N 90.86.3	BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI Misura mediante conta su piastra mediante metodi indiretti Escluso: Conta batterica urinaria	4,60
N 90.86.4	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA Colorazioni di routine (Gram, blu di metilene)	2,30
N 90.86.5	BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA Colorazioni speciali	2,40
N 90.87.1	BATTERI POTERE ANTIBATTERICO RESIDUO IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI Saggio di inibizione della crescita	4,60
N 90.87.4	BORDETELLA ANTICORPI (E.I.A. )	11,10
N 90.87.5	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (E.I.A. )	9,10
N 90.88.1	BORRELIA BURGDORFERI ANTICORPI (I.F. )	12,60
N 90.88.2	BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WRIGHT]	3,30
N 90.88.3	CAMPYLOBACTER ANTIBIOGRAMMA	9,20

16



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.88.4	CAMPYLOBACTER DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	6,80
N 90.88.5	CAMPYLOBACTER ESAME COLTURALE	5,90
N 90.89.1	CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A. )	11,60
N 90.89.2	CHLAMYDIE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	6,30
N 90.89.3	CHLAMYDIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Col. Iodio, Giemsa)	3,40
N 90.89.4	CHLAMYDIE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE (I.F. )	3,60
N 90.89.5	CHLAMYDIE ESAME COLTURALE	25,20
N 90.90.1	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (E.I.A. )	9,40
N 90.90.2	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (I.F. )	14,00
N 90.90.3	CHLAMYDIE RICERCA DIRETTA (mediante ibridazione)	15,10
N 90.90.4	CLOSTRIDIUM DIFFICILE DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,40
N 90.90.5	CLOSTRIDIUM DIFFICILE ESAME COLTURALE	11,90
N 90.91.1	CLOSTRIDIUM DIFFICILE TOSSINA NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A. )	6,40
N 90.91.2	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (E.I.A. )	3,40
N 90.91.3	CRYPTOSPORIDIUM ANTIGENI NELLE FECI RICERCA DIRETTA (I.F. )	6,20
N 90.91.4	E.COLI ENTEROPATOGENI NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,50
N 90.91.5	E.COLI PATOGENI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	8,20
N 90.92.1	E.COLI PATOGENI DA CULTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
N 90.92.2	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (E.I.A )	7,80
N 90.92.3	ECHINOCOCCO [IDATIDOSI] ANTICORPI (Titolazione mediante I.H.A.)	9,80
N 90.92.4	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (E.I.A. )	16,00
N 90.92.5	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	7,50
N 90.93.1	ENTAMOEBIA HISTOLYTICA NELLE FECI ESAME COLTURALE (Cultura xenica)	7,60
N 90.93.2	ENTEROBIUS VERMICULARIS [OSSIIURI] RICERCA MICROSCOPICA Nelle feci [materiale perianale] su cellophan adesivo (scotch test)	3,70
N 90.93.3	ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	7,50

14



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 90.93.4	ESAME CULTURALE CAMPIONI APPARATO GENITOURINARIO Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria gonorrhoeae	7,50
N 90.93.5	ESAME CULTURALE CAMPIONI CAVITA' ORO-FARINGO-NASALE Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Escluso: Neisseria meningitidis	7,50
N 90.94.1	ESAME CULTURALE DEL SANGUE [EMOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni	26,40
N 90.94.2	ESAME CULTURALE DELL' URINA [URINOCOLTURA] Ricerca completa microrganismi e lieviti patogeni Incluso: conta batterica	8,30
N 90.94.3	ESAME CULTURALE DELLE FECI [COPROCOLTURA] Ricerca Salmonelle, Shigelle e Campylobacter Escluso: E.coli enteropatogeni, Yersinia, Vibrio cholerae	12,00
N 90.94.4	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI (E.I.A. )	9,10
N 90.94.5	HELICOBACTER PYLORI IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	5,40
N 90.95.1	HELICOBACTER PYLORI UREASI NEL MATERIALE BIOPTICO (Saggio mediante prova bioch)	5,60
N 90.95.2	LEGIONELLE ANTICORPI (E.I.A. )	7,90
N 90.95.3	LEGIONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F. )	18,40
N 90.95.4	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME CULTURALE	9,10
N 90.95.5	LEGIONELLE IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F. )	13,90
N 90.96.1	LEISHMANIA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F. )	12,70
N 90.96.2	LEISHMANIA SPP NEL MATERIALE BIOPTICO RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa)	4,00
N 90.96.5	LEPTOSPIRE ANTICORPI (Titolazione mediante microagglutinazione e lisi)	11,60
N 90.97.1	LISTERIA MONOCYTOGENES ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	4,50
N 90.97.2	MICETI ANTICORPI (D.I.D. )	14,50
N 90.97.3	MICETI [LIEVITI] ANTIMICOGRAMMA DA COLTURA (M.I.C. , fino a 5 antimicotici)	10,50
N 90.97.4	MICETI [LIEVITI] IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,40
N 90.97.5	MICETI ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione)	6,70

JW



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa	
N	90.98.2	MICETI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MICROSCOPICA (Osservazione morfologica)	3,30
N	90.98.4	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME CULTURALE	4,00
N	90.98.5	MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA	3,30
o	9001101	ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME (ACE)	19,10
o	9001103	AMINOACIDI METODO CROMATOGRAFICO pannello completo per 23 aminoacidi /S /U	82,60
o	9001104	ARISOLFATASI A LEUCOCITI /S	85,20
o	9001105	ARISOLFATASI B LEUCOCITI /S	85,20
o	9001106	CALCIO IONIZZATO /P	5,20
o	9001107	CAROTENEMIA	14,70
o	9001108	CHITOTRIOSIDASI /P (malattie rare=malattia di Gaucher)	42,60
o	9001109	CISTATINA C /S	6,20
o	9001110	CISTINURIA TEST DI SCREENING Test di Brand /U	7,70
o	9001111	COLESTEROLO LDL /S DETERMINATO	3,10
o	9001112	CREATIN CHINASI-MB (CKMB DI MASSA) /S	6,70
o	9001113	CROSS LINK PIRIDINOLINA (PIRIDOLINA+DESOSSIPRIDINA) /U (cadauna determinazione)	14,50
o	9001114	ESANO /U	17,80
o	9001115	FOSFATASI ALCALINA ISOENZIMI /S	17,60
o	9001116	FUCOSIDASI ALFA LEUCOCITI	85,20
o	9001117	FUCOSIDASI ALFA /S	42,60
o	9001118	GALATTOSIDASI ALFA LEUCOCITI	85,20
o	9001119	GALATTOSIDASI BETA /S (malattie rare=gangliosidosi GM1 e mucopolisaccaridosi IV B)	42,60
o	9001120	GALATTOSIDASI BETA LEUCOCITI	85,20
o	9001121	GLICEMIA HOLTER (MONITORAGGIO IN CONTINUO PER 24-48 ore) IN DIABETE INSTABILE DEL GIOVANE, IN GRAVIDANZA	150,00
o	9001122	GLICOSIDASI ALFA / LIQUIDO SEMINALE	4,10
o	9001123	GLICURONIDASI BETA /LEUCOCITI	85,20



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9001124	GLICURONIDASI BETA /S	42,60
o 9001125	GLUCOSAMINIDASI N ACETIL BETA A /LEUCOCITI (malattie rare=gangliosidosi GM2)	85,20
o 9001126	GLUCOSAMINIDASI N ACETIL BETA A-B ELETTROFORESI /LEUCOCITI (malattie rare=gangliosidosi GM2)	85,20
o 9001127	GLUCOSAMINIDASI N ACETIL BETA A-B ELETTROFORESI /S (malattie rare=gangliosidosi GM2)	42,60
o 9001128	GLUCOSAMINIDASI N ACETIL BETA totali /LEUCOCITI (malattie rare=gangliosidosi GM2)	85,20
o 9001129	GLUCOSAMINIDASI N-ACETIL ALFA /S (malattie rare=mucopolisaccaridosi)	42,60
o 9001130	GLUCOSIDASI ALFA /LINFOCITI	85,20
o 9001131	GLUCOSIDASI BETA /LEUCOCITI	56,80
o 9001132	GRASSI NELLE FECI DOSAGGIO CON METODICA NIR	11,40
o 9001133	IDURONIDASI ALFA /LEUCOCITI (malattie rare - mucopolisaccaridosi I)	85,20
o 9001134	IDURONATO SOLFATASI (malattie rare=mucopolisaccaridosi II)	154,90
o 9001135	IMMUNOGLOBULINE CATENE LEGGERE LAMBDA E KAPPA (dosaggio quantitativo) /S /U	11,70
o 9001136	LIQUOR BANDE OLIGOCLONALI COMPRESIVO DI DOSAGGIO PROTEINE PER CALCOLO INDICI	154,90
o 9001137	LIQUOR CEREBROSPINALE ESAME CHIMICO FISICO (per analita determinato)	4,00
o 9001138	LIQUOR RICERCA BANDE OLIGOCLONALI (ISOELETTROFOCUSING + BLOTTING)	118,80
o 9001139	MANNOSIDASI ALFA /LEUCOCITI	85,20
o 9001140	MANNOSIDASI ALFA /S	42,60
o 9001141	MONO-DISACCARIDI URINARI (CROMATOGRAFIA)	22,70
o 9001142	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TEST DI SCREENING (metodo spettrofotometrico) (malattie rare=mucopolisaccaridosi)	14,20
o 9001143	MUCOPOLISACCARIDI URINARI TOTALI DOSAGGIO (metodo spettrofotometrico) (malattie rare=mucopolisaccaridosi)	39,80
o 9001144	OLIGOSACCARIDI URINARI QUALITATIVO (TLC) (malattie rare=oligosaccaridosi)	22,70
o 9001145	OLIGOSACCARIDI URINARI QUANTITATIVO (HPLC) (malattie rare=oligosaccaridosi)	56,80

M



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9001146	OSMOLARITA' /S /U	4,10
o 9001147	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE BNP MEDIANTE RIA	25,80
o 9001148	PREALBUMINA /S	5,20
o 9001149	PROTEINA LEGANTE RETINOLO /S /U	5,80
o 9001150	PROTEINA S 100	25,80
o 9001151	PROTEINA TAU (liquido cefalo rachidiano)	25,80
o 9001152	PROTEINE URINARIE ELETTROFORESI + RICERCA PROTEINA BENGE JONES	13,90
o 9001153	SFINGOMIELINASI LEUCOCITI (malattie rare=glicolipidosi)	85,20
o 9001154	SOLFATASI EPARAN N /LEUCOCITI (malattie rare=mucopolisaccaridosi III A)	154,90
o 9001155	SOSTANZE RIDUCENTI TEST /F /U (CLINITEST)	5,70
o 9001156	TRANSFERRINA RECETTORE SOLUBILE /S	15,50
o 9001157	TRF % DEFICITARIA CARBOIDRATI (CD TECT) /S	31,00
o 9001158	MUCOPOLISACCARIDI URINARI ELETTROFORESI	56,80
o 9001160	LISOZIMA /S	15,50
o 9001161	GALATTOSIO 6-SOLFATO SOLFATASI/leucociti (malattie rare=mucopolisaccaridosi IV A)	154,90
o 9001162	ACETILCOENZIMA A ALFA-GLUCOSAMINO N-ACETIL TRASFERASI/leucociti (malattie rare= mucopolisaccaridosi IIIC)	154,90
o 9001201	PROGESTERONE 17 IDROSSI (17-OH-P) DOSAGGI SERIATI 4 (CURVA DOPO STIMOLO) /S	33,10
o 9002401	ACIDO FENILGLIOSSILICO /U	5,80
o 9002404	ACIDO MUCONICO/U	20,10
o 9002405	ACIDO OMOVANILLICO /U dosaggio HPLC	8,30
o 9002406	ACIDO TRICLOROACETICO	6,20
o 9002410	AMITRIPTILINA-NORTRIPTILINA /P dosaggio HPLC	20,10
o 9002411	ANTIDPRESSIVI TRICICLICI /U (test di screening)	9,30
o 9002421	DROGHE DA ABUSO (amfetamina, cannabinoidi, cocaina, metadone, LSD, morfina, oppiacei) /U (test di confer	25,80
o 9002422	DROGHE DA ABUSO PROFILO COMPLETO IN EVENTI TOSSICI	103,30

b.w. y



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9002423	DROGHE NEI CAPELLI AMFETAMINE (per porzione)	21,20
o 9002424	DROGHE NEI CAPELLI CANNABINOIDI (per porzione)	21,20
o 9002425	DROGHE NEI CAPELLI COCAINA (per porzione)	21,20
o 9002426	DROGHE NEI CAPELLI ECSTASY (per porzione)	21,20
o 9002427	DROGHE NEI CAPELLI OPIACEI (per porzione)	21,20
o 9002428	ESANDIONE 2,5 /U	17,80
o 9002429	FARMACI, DROGHE E TOSSICI NAS METODO GC-MS)	30,00
o 9002430	FARMACI, DROGHE E TOSSICI NAS METODO HPLC, GLC, GLC+HS	20,10
o 9002431	FARMACI, DROGHE E TOSSICI NAS METODO RIA	15,50
o 9002432	FELBAMATO /P	20,10
o 9002433	FENOBARBITAL /P	8,20
o 9002435	FLUOXETINA /P	20,10
o 9002436	GABAPENTINA /P	20,10
o 9002437	GAS ANESTETICI: PROPAFENONE, PROPOFOL ED ALTRI /P	20,10
o 9002438	GAS TOSSICI /SANGUE E MATERIALE GASTRICO (CO, CN)	6,20
o 9002439	IDROSSIPIRENE /U	18,10
o 9002440	ISOFLURANO	17,80
o 9002441	LAMOTRIGINA /P	17,80
o 9002442	METALLI RARI (ASSORBIMENTO ATOMICO)	12,90
o 9002447	PROTOSSIDO DI AZOTO	17,30
o 9002448	SEVOFLURANO	17,30
o 9002450	TACROLIMUS (FK-506) /Sg	16,30
o 9002455	VIGABACTRIM /P	20,10
o 9002456	TITANIO S/U	9,10
o 9004101	ALDOSTERONE CURVA	33,10
o 9004102	ANTICORPI ANTI CITRULLINA (peptide) IMMUNOMETRICO (fasi precoci artrite reumatoide)	20,70

1/11



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9004103	ANTICORPI ANTI RECEPTORI ASIALO-GLICOPROTEINA EPATICA per epatite autoimmune (ASGPR) IMMUNOMETRICO	25,30
o 9004104	ANTICORPI EIA ANTI SACCAROMICES CEREVISIAE IgG e IgA per morbo di Chron/colite ulcerosa ASCA (per ciascu	15,50
o 9004106	ANTIGENE PROSTATICO SPECIFICO FRAZIONE LIBERA (PSA-F)	12,40
o 9004107	AUTOANTICORPI NAS IMMUNOMETRICO	20,70
o 9004108	CALCITONINA CURVA	33,10
o 9004109	CROMOGRANINA	25,80
o 9004110	ELASTASI 1 PANCREATICA /F EIA	20,70
o 9004111	GLUCAGONE CURVA (RIA)	51,60
o 9004112	GMP ciclico /S /U	25,80
o 9004113	INTERLEUCHINA 1 BETA /S	19,60
o 9004114	INTERLEUCHINA 6 /S	19,60
o 9004115	INTERLEUCHINA 8 /S	19,60
o 9004116	OMOCISTEINA /P /U	17,80
o 9004117	PEPTIDE NATRIURETICO ATRIALE ANP METODO IMMUNOMETRICO	12,90
o 9004118	PREGNANCY ASSOCIATED PLASMA PROTEIN A (PAPP-A)	28,40
o 9004119	PROGESTERONE 17 IDROSSI /S CURVA	51,60
o 9004120	PROTEINA BETA AMILOIDE (liquido cefalo rachidiano)	25,80
o 9004121	RENINA CURVA	77,50
o 9004122	SCREENING RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN (1° trimestre): HCG FRAZIONE LIBERA E PAPP-A	54,20
o 9004123	SCREENING RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre): BI-TEST PER	31,00
o 9004124	SEROTONINA /S /U	22,90
o 9004125	SOMATOMEDINA C /S	15,80
o 9004126	SOMATOMEDINA C CURVA	51,60
o 9004127	TELOPEPTIDE C-TERMINALE METODO IMMUNOMETRICO (CTx) /S	21,70
o 9004129	TUMOR NECROSIS FACTOR ALFA /	19,60

14



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9004130	VITAMINA D3 (25-OH)	20,70
o 9015201	CORTICOTROPINA (ACTH) DOSAGGI SERIATI 5 (CURVA DOPO STIMOLO) /P	33,10
o 9015301	CORTISOLO DOSAGGI SERIATI 4 (CURVA DOPO STIMOLO) /S	33,10
o 9015302	CORTISOLO CURVA	33,10
o 9017301	ANDROSTENEDIONE DELTA 4 CURVA /S (RIA)	33,10
o 9021201	PEPTIDE NATRIURETICO CEREBRALE BNP IMMUNOMETRICO	33,00
o 9021301	CALPROTECTINA IMMUNOMETRICO /F (diagnosi precoce in M.Chron e Colite ulcerosa)	30,00
o 9031401	BRUSHING NASALE PER BATTITO CILIARE (malattie rare=patologia ciliare congenita)	198,80
o 9031403	LIQUIDO SEMINALE ESAME COMPLETO (morfologico, funzionale e computerizzato)	36,20
o 9031404	METABOLISMO OSSIDATIVO POLIMORFONUCLEATI	170,40
o 9031405	TEST DI PENETRAZIONE NEMASPERMICA IN MUCO CERVICALE	25,80
o 9035101	SOMATOTROPO ORMONE (GH) DOSAGGI SERIATI 5 (CURVA DOPO STIMOLO) /S	33,10
o 9035501	PARATORMONE (PTH) CURVA/S	33,10
o 9042101	TIREOTROPINA - test riflesso (TSH-test riflesso)	16,60
o 9043101	SCREENING RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (1°, 2° trimestre): TEST INT	74,90
o 9043102	SCREENING RISCHIO PRENATALE PER SINDROME DI DOWN E DIFETTI DEL TUBO NEURALE (2° trimestre): TRI TEST PER	41,30
o 9046501	COFATTORE RISTOCETINICO /P	6,20
o 9046502	FIBRINOGENO CLAUSS /P	3,10
o 9046503	LUPUS ANTICOAGULANTE (LAC) /P CONFERMA	10,00
o 9046504	PROTEINA S FUNZIONALE METODO COAGULATIVO /P<	9,80
o 9047301	ANTICORPI ANTI BETA2 GLICOPROTEINA (IgG o IgM) IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	20,70
o 9047302	ANTICORPI ANTI CENTROMERO	17,60
o 9047303	ANTICORPI ANTI ENDOMISIO (IgA) IMMUNOFLUORESCENZA /S	23,20
o 9047304	ANTICORPI ANTI GLUTAMMICOCARBOSSILASI /S (ANTI-GAD)	25,80

8/11



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9047305	ANTICORPI ANTI GM1 (MONOSIALOGANGLIOSIDE)	25,80
o 9047306	ANTICORPI ANTI IA2 (antigeni solubili citoplasmatici beta cellule pancreatiche)	25,80
o 9047307	ANTICORPI ANTI Jo1 IMMUNOMETRICO	11,40
o 9047308	ANTICORPI ANTI RECETTORI ACETILCOLINA /S RIA	68,70
o 9047310	ANTICORPI ANTI RNP IMMUNOMETRICO	11,40
o 9047311	ANTICORPI ANTI Scl70 IMMUNOMETRICO	11,40
o 9047312	ANTICORPI ANTI Sm IMMUNOMETRICO	11,40
o 9047313	ANTICORPI ANTI SSA IMMUNOMETRICO	11,40
o 9047314	ANTICORPI ANTI SSB IMMUNOMETRICO	11,40
o 9047315	ANTICORPI ANTI TRANSGLUTAMINASI IMMUNOMETRICO	15,50
o 9047316	ANTICORPI ANTI RETICOLINA IMMUNOFLUORESCENZA /S	15,50
o 9047318	COMPLEMENTO TOTALE CH 100	24,30
o 9047319	FENOTIPO LINFOCITARIO: Studio della monoclonalità B (Ig geni)	31,00
o 9047320	FENOTIPO LINFOCITARIO: Studio della monoclonalità T (regione V-J) CITOFUORIMETRIA	25,80
o 9047321	FENOTIPO LINFOCITARIO: Studio delle cellule con immunoglobuline intracitoplasmatiche mediante IMMUNOFLUO	10,30
o 9047322	FENOTIPO LINFOCITARIO: Studio dell'intensità di fluorescenza (QuantiCalc)	31,00
o 9047323	IMMUNOCOMPLESSI RICERCA /BIOPSIE (7 PREPARATI)	77,50
o 9047324	IMMUNOGLOBULINE IMMUNOLETTROFORESI (indagine di 2° livello nel sospetto di gammopatie mono/policonali)	104,30
o 9047328	TEST DI DEGRANULAZIONE DEI BASOFILI (BASO-TEST) (CITOFUORIMETRIA) (studio delle reazioni cellulari IgE	8,50
o 9047329	TEST DI VALUTAZIONE DEL BURST OSSIDATIVO LEUCOCITARIO (BURST TEST) (CITOFUORIMETRIA) (funzionalità leu	12,40
o 9047330	TEST DI VALUTAZIONE DELLA CHEMIOTASSI DEI GRANULOCITI NEUTROFILI (MIGRA TEST) (CITOFUORIMETRIA) (funzio	21,00
o 9047331	TEST DI VALUTAZIONE DELLA FAGOCITOSI LEUCOCITARIA (PHAGO TEST) (CITOFUORIMETRIA) (funzionalità leucoci	12,40
o 9047332	TRIPTASI	19,10



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9047333	CRIOCRITO DETERMINAZIONE	3,00
o 9054401	ANTICORPI NEURONALI ANTI-YO IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA	18,00
o 9054402	ANTICORPI NEURONALI ANTI-RI (ANNA-2) IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA	18,00
o 9054403	ANTICORPI NEURONALI ANTI-HU (ANNA-1) IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA	18,00
o 9054404	ANTICORPI IgG, IgM ANTI-SULFATIDI IMMUNOMETRICO	15,00
o 9054405	ANTICORPI ANTI-MAG WESTERN-BLOT	70,00
o 9054406	ANTICORPI ANTI-PROTEINA HSP68 KD METODO DOT-BLOT	25,00
o 9056501	Antigene prostatico specifico PSA - test riflesso	14,30
o 9062204	EMOLISATO PREPARAZIONE (per studio emoglobinopatie)	25,80
o 9062205	CATENE GLOBINICHE PURIFICAZIONE(per studio emoglobinopatie)	25,80
o 9062206	TEST DI AUTOEMOLISI (SFEROCITOSI)	20,70
o 9062207	TEST DI FRAGILITA' OSMOTICA AL GLICEROLO ACIDIFICATO (malattie rare=sferocitosi ereditaria)	56,80
o 9068101	CITOLOGIA NASALE E CONGIUNTIVALE (Raccolta ed esame microscopico)	12,90
o 9068102	ECP: livello eosinofili circolanti in pazienti asmatici (EIA)	19,10
o 9068103	EOSINOFILI NELLE SECREZIONI Test qualitativo /MV	3,60
o 9068104	ESPETTORATO INDOTTO per cellularità bronchiale in paziente asmatico	51,60
o 9068105	IMMUNOGLOBULINE IgE SPECIFICHE PER SINGOLO ALLERGENE (fino ad un massimo di 12 allergeni per impegnativa)	8,50
o 9081501	CONTA ASSOLUTA PREPARATI LEUCODEPLETI	20,00
o 9081502	CONTA ASSOLUTA CELLULE CD34+	34,00
o 9081503	SEPARAZIONE CELLULARE SU GRADIENTE DA SANGUE MIDOLLARE O PERIFERICO	77,00
o 9081504	SELEZIONE SOTTOPOPOLAZIONI CELLULARI SU PICCOLA SCALA (minimacs)	129,00
o 9081505	SELEZIONE CELLULE CD3+ CD56+ SU PICCOLA SCALA PER VALUTAZIONE CHIMERISMO POST-TRAPIANTO ALLOGENICO (per	155,00
o 9083302	ACANTHAMOEBA ESAME MICROSCOPICO (CALCOLFUOR E GIEMSA)	5,20
o 9083305	BATTERI RICERCA BETA-LATTAMASI	4,10

MUY



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9083308	COLTURALE PER BATTERI E MICETI CAMPIONI BASSE VIE RESPIRATORIE (BAL, BRONCOASPIRATO)	9,30
o 9083309	COLTURALE PER BATTERI E LIEVITI MATERIALE PROTESICO	9,30
o 9083311	COLTURALE PER STAFILOCOCCO METICILLINO RESISTENTE IN TAMPONE NASALE O CONGIUNTIVALE (per campione esami)	5,10
o 9083312	COLTURALE PER VAGINOSI BATTERICA (test delle amine, colorazione di Gram, pH)	6,20
o 9083313	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS RICERCA ANTIGENE CON TEST AL LATTICE (SCREENING)	5,20
o 9083321	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA IDENTIFICAZIONE DIRETTA MEDIANTE AGGLUTINAZIONE	6,20
o 9083322	MICETI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA IDENTIFICAZIONE DIRETTA IMMUNOENZIMATICO, IMMUNOFLUORESCENZA	10,80
o 9083323	MICETI DA COLTURA GENOTIPIZZAZIONE	154,90
o 9083331	MICROORGANISMI NAS ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA IDENTIFICAZIONE DIRETTA MEDIANTE IMMUNOFLUORESCENZA CON MO	10,80
o 9083332	MYCOPLASMI GENITO-URINARI ESAME COLTURALE (campioni genitali)	11,90
o 9083335	PROTOZOI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA IMMUNOENZIMATICO, IMMUNOFLUORESCENZA	10,80
o 9083336	PROTOZOI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRA MEDIANTE AGGLUTINAZIONE	6,20
o 9083337	STAFILOCOCCUS AUREUS RICERCA FENOTIPICA METICILLINO-RESISTENZA	6,20
o 9083339	TRICHOMONAS VAGINALIS ANTIGENE METODO IMMUNOCROMATOGRAFICO (SECRETO VAGINALE)	10,30
o 9087401	BARTONELLA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)	20,70
o 9087402	BARTONELLA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	12,90
o 9087403	BRUCELLA ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO	6,20
o 9087404	BRUCELLA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	12,90
o 9087406	CLOSTRIDIUM TETANI ANTICORPI ANTITOSSINA IgG, IgM IMMUNOMETRICO	12,90
o 9087407	CORYNEBACTERIUM DIFTERIAE ANTICORPI ANTITOSSINA IgG, IgM IMMUNOMETRICO	12,90
o 9087408	COXIELLA BURNETII ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO	6,20

LM Y



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9087409	FRANCISELLA TULARENSIS ANTICORPI MEDIANTE AGGLUTINAZIONE	5,20
o 9087410	HAEMOPHILUS INFLUENZAE ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA	20,70
o 9087411	LEGIONELLA ANTICORPI MEDIANTE FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO	6,20
o 9087412	LISTERIA ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO (SIERO)	6,20
o 9087413	MICRORGANISMI NAS ANTICORPI MEDIANTE AGGLUTINAZIONE	6,20
o 9087414	MICRORGANISMI NAS ANTICORPI MEDIANTE FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO	6,20
o 9087415	MICRORGANISMI NAS ANTICORPI MEDIANTE IMMUNOFLUORESCENZA	20,70
o 9087416	MICRORGANISMI NAS ANTICORPI IMMUNOMETRICO	12,90
o 9087421	SHIGELLA ANTICORPI MEDIANTE FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO	6,20
o 9087422	STAFILOCOCCI ANTICORPI ANTI STAFILOLISINA TEST AL LATTICE	6,20
o 9087423	TAENIA SOLIUM ANTICORPI IMMUNOMETRICO	12,90
o 9087425	TOXOPLASMA ANTICORPI IgA IMMUNOMETRICO	15,50
o 9087426	TOXOPLASMA ANTICORPI IgG TEST DI AVIDITA'	31,00
o 9087427	TRICHINELLA SPIRALIS ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO	12,90
o 9087428	VIRUS ADENOVIRUS RESPIRATORI ANTIGENI IMMUNOCROMATOGRAFIA SU MEMBRANA (materiali respiratori)	15,50
o 9087429	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)	20,70
o 9087430	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgG TEST DI AVIDITA' IMMUNOMETRICO	31,00
o 9087431	VIRUS CORIOMENINGITE LINFOCITARIA ANTICORPI FISSAZIONE COMPLEMENTO	10,30
o 9087432	VIRUS CORIOMENINGITE LINFOCITARIA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	12,90
o 9087434	VIRUS EPATITE E ANTICORPI IMMUNOMETRICO	20,70
o 9087435	VIRUS EPATITE G ANTICORPI IMMUNOMETRICO	20,70
o 9087436	VIRUS EPSTEIN BARR ANTICORPI IgG TEST DI AVIDITA'	31,00
o 9087438	VIRUS HANTAVIRUS ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)	20,70



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9087439	VIRUS HANTAVIRUS ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	20,70
o 9087447	VIRUS HIV 1-2 ANTICORPI E ANTIGENE P24 (rilevazione contemporanea di entrambi)	12,90
o 9087449	VIRUS INFLUENZA A ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	12,90
o 9087450	VIRUS INFLUENZA B ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	12,90
o 9087455	VIRUS POLIOVIRUS 1, 2, 3 TITOLAZIONE ANTICORPI NEUTRALIZZANTI (per ciascun virus)	31,00
o 9087456	VIRUS RABICO ANTICORPI (TITOLAZIONE)	20,70
o 9087457	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI ANTICORPI IgG TEST DI AVIDITA'	31,00
o 9087459	VIRUS TOSCANA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	10,30
o 9087460	VIRUS TRASMESSI DA ARTROPODI (ARBOVIRUS) ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA	20,70
o 9087461	VIRUS TRASMESSI DA ARTROPODI (ARBOVIRUS) ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	15,50
o 9087462	VIRUS TRASMESSI DA ARTROPODI ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE) ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO	10,30
o 9087463	VIRUS TRASMESSI DA ARTROPODI ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE) ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna d	20,70
o 9087464	YERSINIA ENTEROCOLITICA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)	12,90
o 9087465	YERSINIA ENTEROCOLITICA ANTICORPI AGGLUTINAZIONE DIRETTA (TITOLAZIONE)	10,30
o 9087467	LISTERIA ANTICORPI IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA	18,40
o 9087469	CHLAMYDIA TRACHOMATIS IgA SECRETORIE (EIA)	11,60
o 9087470	CHLAMYDIA PSITTACI ANTICORPI IgG, IgM MICROIMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)	15,50
o 9087471	CAMPYLOBACTER ANTICORPI IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA	5,40
o 9087472	ASCARIS LUMBRICOIDES ANTICORPI IgG	25,00
N 91.01.1	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)	56,80
N 91.01.2	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)	10,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.01.3	MICOBATTERI ANTICORPI (E.I.A. )	10,80
N 91.01.4	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (Saggio inibizione NAP met. radiometrico )	18,60
N 91.01.5	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	24,50
N 91.02.1	MICOBATTERI DA COLTURA IDENTIFICAZIONE MEDIANTE IBRIDAZIONE (Previa reaz.)	37,50
N 91.02.2	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)	16,00
N 91.02.3	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)	10,40
N 91.02.4	MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI RICERCA MICROSCOPICA (Ziehl-Neelsen, Kinyun)	4,30
N 91.02.5	MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A. )	12,30
N 91.03.5	NEISSERIA GONORRHOEAE ESAME COLTURALE	3,80
N 91.04.1	NEISSERIA MENINGITIDIS ESAME COLTURALE	3,80
N 91.04.2	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	11,40
N 91.04.3	NEISSERIAE IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	6,20
N 91.04.4	PARASSITI [ELMINTI, PROTOZOI] NEL SANGUE ESAME MICROSCOPICO (Giemsa)	4,30
N 91.04.5	PARASSITI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	4,30
N 91.05.1	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MACRO E MICROSCOPICA	24,00
N 91.05.2	PARASSITI INTESTINALI [ELMINTI, PROTOZOI] RICERCA MICROSCOPICA (Col. tricromica)	5,70
N 91.05.4	PARASSITI INTESTINALI RICERCA MICROSCOPICA (Previa concentraz o arricchim )	5,70
N 91.05.5	PLASMODI DELLA MALARIA NEL SANGUE RICERCA MICROSCOPICA (Giemsa) Striscio sottile e goccia spessa	4,30
N 91.06.1	PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F. )	9,50
N 91.06.2	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO ESAME MICROSCOPICO	4,00
N 91.06.3	PNEUMOCISTIS CARINII NEL BRONCOLAVAGGIO RICERCA DIRETTA (I.F. )	8,80
N 91.06.5	RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F. )	5,00

106



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.07.1	RICKETTSIE ANTICORPI [ANTI PROTEUS SPP ] (Titolazione mediante agglutin.) [WEIL-FELIX]	10,00
N 91.07.2	SALMONELLE ANTICORPI (E.I.A. )	6,60
N 91.07.3	SALMONELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutinazione) [WIDAL]	4,00
N 91.07.5	SALMONELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE SIEROLOGICA	11,10
N 91.08.1	SALMONELLE E BRUCELLE ANTICORPI (Titolazione mediante agglutin.) [WIDAL-WRIGHT]	8,00
N 91.08.2	SCHISTOSOMA ANTICORPI (Titolazione mediante emoagglutinazione passiva)	7,50
N 91.08.3	SHIGELLE DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	9,90
N 91.08.4	STREPTOCOCCO AGALACTIAE NEL TAMPONE VAGINALE ESAME COLTURALE	4,50
N 91.08.5	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI ANTISTREPTOLISINA-O [T A S ]	4,90
N 91.09.1	STREPTOCOCCO ANTICORPI ANTI DNAsi B	6,40
N 91.09.2	STREPTOCOCCUS PYOGENES NEL TAMPONE OROFARINGEO ESAME COLTURALE	6,40
N 91.09.3	TOXOCARA ANTICORPI (E.I.A. )	19,50
N 91.09.4	TOXOPLASMA ANTICORPI (E.I.A. )	7,80
N 91.10.1	TOXOPLASMA ANTICORPI (Titolazione mediante I.F. )	11,80
N 91.10.2	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (E.I.A. )	8,00
N 91.10.3	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (I.F. ) [FTA-ABS]	9,90
N 91.10.4	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca qualit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	4,10
N 91.10.5	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI (Ricerca quantit. mediante emoagglutin. passiva) [TPHA]	5,80
N 91.11.1	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI ANTI CARDIOLIPINA (Flocculazione) [VDRL] [RPR]	3,40
N 91.11.2	TRICHOMONAS VAGINALIS NEL SECRETO VAGINALE ESAME COLTURALE	4,10
N 91.11.3	VIBRIO CHOLERAE NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,50
N 91.11.4	VIBRIO DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA E SIEROLOGICA	8,20
N 91.12.2	VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE DIRETTA NAS	40,90
N 91.12.3	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (E.I.A. )	12,60

JH



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.12.4	VIRUS ADENOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	7,90
N 91.12.5	VIRUS ADENOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	28,00
N 91.13.1	VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	5,20
N 91.13.2	VIRUS ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	36,20
N 91.13.3	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (Agglutinazione passiva) Adenovirus, Rotavirus, Virus dell'apparato gastroenterico	7,60
N 91.13.4	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A. ) Adenovirus, Parvovirus B19, Rotavirus	7,60
N 91.13.5	VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F. ) Citomegalovirus, herpes, virus dell'apparato respiratorio	12,10
N 91.14.1(*)	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (E.I.A. )	8,50
N 91.14.2	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	6,40
N 91.14.3	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTICORPI IgM (E.I.A. )	8,80
N 91.14.5	VIRUS CITOMEGALOVIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MEDIANTE ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	33,20
N 91.15.4	VIRUS CITOMEGALOVIRUS NELL' URINA ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale)	50,40
N 91.16.1	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	7,90
N 91.16.2	VIRUS COXSACKIE [B1, B2, B3, B4, B5, B6] ANTICORPI (Titolazione mediante I.F. )	15,10
N 91.16.3	VIRUS DA COLTURA IDENTIFICAZIONE (mediante I.F. ) Citomegalovirus, Herpes, Virus dell'apparato respiratorio	5,20
N 91.17.1	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI	10,00
N 91.17.2	VIRUS EPATITE A [HAV] ANTICORPI IgM	12,00
N 91.17.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA	40,00
N 91.17.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg	10,00
N 91.18.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBcAg IgM	10,00
N 91.18.2	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBeAg	10,00
N 91.18.3	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTICORPI HBsAg	10,00



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.18.4	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBeAg	10,00
N 91.18.5	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg	7,90
N 91.19.1	VIRUS EPATITE B [HBV] ANTIGENE HBsAg (Saggio di conferma)	13,80
N 91.19.3	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA	63,00
N 91.19.4	VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA	77,50
N 91.19.5	VIRUS EPATITE C [HCV] ANTICORPI	10,00
N 91.20.1	VIRUS EPATITE C [HCV] IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,80
N 91.20.3	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI	12,00
N 91.20.4	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTICORPI IgM	21,70
N 91.20.5	VIRUS EPATITE DELTA [HDV] ANTIGENE HDVAg	18,00
N 91.21.1	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A. )	13,50
N 91.21.2	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (Titolazione mediante I.F. )	12,50
N 91.21.3	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI (Test rapido)	7,60
N 91.21.4	VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI ETEROFILI [R PAUL BUNNEL DAVIDSOHN]	10,50
N 91.22.1	VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI	7,90
N 91.22.2	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV ] ANALISI QUALITATIVA DI RNA (Previa reazione polimerasica a catena)	25,20
N 91.22.4	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI	10,90
N 91.22.5(*)	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1-2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	69,80
N 91.23.1	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	25,70
N 91.23.3	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 1] ANTIGENE P24 (E.I.A. )	7,70
N 91.23.5	VIRUS IMMUNODEF. ACQUISITA [HIV 2] ANTICORPI IMMUNOBLOTTING (Saggio di conferma)	19,00
N 91.24.1	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)	11,20
N 91.24.2	VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo tradizionale) Herpes, Herpes/Varicella, Virus dell'app gastroenterico, dell'APP. RESPIRATORIO	20,20

1/11



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.24.3	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (E.I.A. )	9,40
N 91.24.4	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (I.F. )	9,40
N 91.24.5	VIRUS MORBILLO ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	7,90
N 91.25.1	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (E.I.A. )	10,10
N 91.25.2	VIRUS PAROTITE ANTICORPI (I.F. )	6,50
N 91.25.4	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A. )	9,40
N 91.25.5	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (E.I.A. )	11,10
N 91.26.2	VIRUS RESPIRATORIO SINCIZIALE ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	5,80
N 91.26.3	VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2	63,00
N 91.26.4(*)	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI	8,50
N 91.27.1	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (E.I.A. )	9,40
N 91.27.2	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (I.F. )	8,80
N 91.27.3	VIRUS VARICELLA ZOSTER ANTICORPI (Titolazione mediante F.C. )	8,80
N 91.27.4	YERSINIA DA COLTURA IDENTIFICAZIONE BIOCHIMICA	6,50
N 91.27.5	YERSINIA NELLE FECI ESAME COLTURALE	2,50
N 91.28.1	ANALISI CITOGENETICA PER PATOLOGIA DA FRAGILITA' CROMOSOMICA Con agente clastogenico "in vitro"	130,10
N 91.28.2	ANALISI CITOGENETICA PER RICERCA SITI FRAGILI	124,00
N 91.28.3	ANALISI CITOGENETICA PER SCAMBI DI CROMATIDI FRATELLI	120,30
N 91.28.4	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO MOSAICISMO CROMOSOMICO	112,60
N 91.28.5	ANALISI CITOGENETICA PER STUDIO RIARRANGIAMENTI CROMOSOMICI INDOTTI	124,00
N 91.29.2	ANALISI DEL DNA PER POLIMORFISMO Con reazione polimerasica a catena, digestione enzimatica ed elettroforesi	64,60
N 91.29.3	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e elettroforesi	56,80
N 91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica a catena e ibridazione con sonde non radiomarcate	120,10
N 91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot Blot (da 2 a 10 mutazioni)	158,60

114



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.30.2	ANALISI DI POLIMORFISMI (str, VNTR) Con reazione polimerasica a catena ed elettroforesi (per locus)	154,80
N 91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400 bp)	156,00
N 91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)	115,20
N 91.30.5	CARIOTIPO DA METAFASI DI FIBROBLASTI O DI ALTRI TESSUTI (Mat abortivo, ecc ) 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	93,00
N 91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	136,00
N 91.31.2	CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	112,80
N 91.31.3	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI MIDOLLO OSSEO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)	134,10
N 91.31.4	CARIOTIPO DA METAFASI SPONTANEE DI VILLI CORIALI 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 300 bande)	136,00
N 91.31.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Actinomicina D	28,40
N 91.32.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio C	28,40
N 91.32.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G	24,80
N 91.32.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio G ad alta risoluzione	27,90
N 91.32.4	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio NOR	28,40
N 91.32.5	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio Q	26,10
N 91.33.1	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio R	24,80
N 91.33.2	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Bandeggio T	25,60
N 91.33.3	COLORAZIONE AGGIUNTIVA IN BANDE: Distamicina A	28,40
N 91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI	108,20
N 91.33.5	COLTURA DI CELLULE DI ALTRI TESSUTI	87,80
N 91.34.1	COLTURA DI FIBROBLASTI	144,20
N 91.34.3	COLTURA DI LINEE LINFOCITARIE STABILIZZATE CON VIRUS O INTERLEUCHINA	122,90
N 91.34.4	COLTURA DI LINFOCITI FETALI CON PHA	95,50

JW



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI	97,10
N 91.35.1	COLTURA DI MATERIALE ABORTIVO	118,80
N 91.35.2	COLTURA SEMISOLIDA DI CELLULE EMOPOIETICHE BFU-E, CFU-GM, CFUGEMM (Ciascuna)	93,00
N 91.35.3	COLTURA DI VILLI CORIALI (A breve termine)	82,60
N 91.35.4	COLTURA DI VILLI CORIALI	145,40
N 91.35.5	COLTURA PER STUDIO DEL CROMOSOMA X A REPLICAZIONE TARDIVA Linfociti periferici, cellule di altri tessuti	58,60
N 91.36.3	CRIOCONSERVAZIONE IN AZOTO LIQUIDO DI CELLULE E TESSUTI	39,90
N 91.36.4	DIGESTIONE DI DNA CON ENZIMI DI RESTRIZIONE	51,40
N 91.37.1	IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE	81,60
N 91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sequenze genomiche in YAC	342,90
N 91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide	226,30
N 91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute	150,30
N 91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI mediante sonde molecolari painting	186,40
N 91.38.1	RICERCA MUTAZIONE (DGGE) Ricerca heteroduplex (HA)	120,60
N 91.38.2	RICERCA MUTAZIONE (SSCP)	120,60
N 91.38.4	ANALISI DEL DNA CELLULARE PER LO STUDIO CITOMETRICO DEL CICLO CELLULARE E DELLA PLOIDIA	47,00
N 91.38.5	ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]	11,20
N 91.39.1	ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas	33,80
N 91.39.2	ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,20
N 91.39.3	ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	27,20
N 91.39.4	ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)	14,10
N 91.39.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Tessuto fibrotendineo In malattia di Dupuytren e malattia di De Quervain	27,20

114



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.40.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ARTICOLAZIONI: Biopsia sinoviale, biopsia tendinea	27,20
N 91.40.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO BULBO OCULARE: Biopsia semplice	14,10
N 91.40.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CAVO ORALE: Biopsia semplice	14,10
N 91.40.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE (Shave o punch)	14,10
N 91.40.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia escissionale	27,20
N 91.41.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO CUTE E/O TESSUTI MOLLI: Biopsia incisionale	14,10
N 91.41.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Agobiopsia epatica	39,40
N 91.41.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sede unica)	14,10
N 91.41.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia endoscopica (Sedi multiple)	46,50
N 91.41.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Biopsia ghiandola salivare	14,10
N 91.42.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Sedi multiple)	46,50
N 91.42.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. DIGERENTE: Polipectomia endoscopica (Singola)	14,10
N 91.42.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. MUSCOLO SCHELETRICO: Biopsia incisionale o punch	43,60
N 91.42.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Agobiopsia pleurica	43,60
N 91.42.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia cavità nasali	14,10
N 91.43.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sede unica)	14,10
N 91.43.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia endobronchiale (Sedi multiple)	46,50
N 91.43.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia laringea	14,10
N 91.43.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. RESPIRATORIO: Biopsia vie aeree (Sedi multiple)	46,50
N 91.43.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia ovarica	46,50
N 91.44.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Agobiopsia prostatica	46,50
N 91.44.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia annessi testicolari	14,10

114



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.44.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervicale e endometriale (Con raschiamento del canale)	46,50
N 91.44.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia cervice uterina	14,10
N 91.44.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endometriale (VABRA)	14,10
N 91.45.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sede unica)	14,10
N 91.45.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia endoscopica vescicale (Sedi multiple)	46,50
N 91.45.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia pene	14,10
N 91.45.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia testicolare	14,10
N 91.45.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vaginale	14,10
N 91.46.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sede unica)	14,10
N 91.46.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsia vulvare (Sedi multiple)	46,50
N 91.46.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Biopsie cervicali (Sedi multiple)	46,50
N 91.46.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO APP. UROGENITALE: Polipectomia endocervicale	14,10
N 91.46.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Biopsia stereotassica	46,50
N 91.47.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO MAMMELLA: Nodulesctomia	27,20
N 91.47.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale	46,50
N 91.47.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Agobiopsia linfonodale (Sedi multiple)	79,60
N 91.47.4	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Asportazione di linfonodo superficiale	79,60
N 91.47.5	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA EMOPOIETICO: Biopsia osteo midollare	79,60
N 91.48.1	ES. ISTOCITOPATOLOGICO SISTEMA ENDOCRINO: Agobiopsia tiroidea	46,50
N 91.48.2	ES. ISTOCITOPATOLOGICO S.N.P. : Biopsia di nervo periferico	27,20
N 91.48.3	ES. ISTOCITOPATOLOGICO ULTRAISTRUTTURALE (S.E.M., T.E.M.)	85,10

164



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 91.48.4	PRELIEVO CITOLOGICO	4,10
N 91.48.5	PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	5,70
N 91.49.1	PRELIEVO DI SANGUE CAPILLARE	7,00
N 91.49.2(*)	PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	4,00
N 91.49.3(*)	PRELIEVO MICROBIOLOGICO	4,00
o 91.5R.2	DOSAGGIO SEMIQUANTITATIVO ACIDI ORGANICI MEDIANTE GC/MS SU URINE	175,00
o 91.5R.3	DOSAGGIO QUANTITATIVO SINGOLO ACIDO ORGANICO MEDIANTE GC/MS/ISOTOPI STABILI	175,00
o 91.5R.8	DOSAGGIO CARNITINA LIBERA	35,00
o 91.5R.A	PROFILO AMINOACIDI U/PL (MS/MS)	35,00
o 91.5R.G	DOSAGGIO QUANTITATIVO ACIDI GRASSI A CATENA MOLTO LUNGA (VLCFA) MEDIANTE GC/MS SU PLASMA	175,00
N 91.90.1	ESAME ALLERGOLOGICO STRUMENTALE PER ORTICARIE FISICHE	6,00
N 91.90.2	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTO PATCH TEST]	5,60
N 91.90.3	INDAGINI FOTOBIOLOGICHE PER FOTODERMATOSI [FOTOTEST]	4,60
N 91.90.4	SCREENING ALLERGOLOGICO PER INALANTI (Fino a 7 allergeni)	11,60
N 91.90.5	TEST EPICUTANEI A LETTURA RITARDATA [PATCH TEST] (Fino a 20 allergeni)	32,50
N 91.90.6	TEST PERCUTANEI E INTRACUTANEI A LETTURA IMMEDIATA (Fino a 12 allergeni)	23,20
o 91.90.7	Prick by prick con allergeni freschi (fino a 7 allergeni)	20,70
o 91.91.1	TEST DI PROVOCAZIONE ORALE SPECIFICO CON ALIMENTI E/O ADDITIVI ALIMENTARI Somministrazione dell'allergen	176,60
o 91.91.2	TEST DI PROVOCAZIONE ORALE SPECIFICO CON ALIMENTI E/O ADDITIVI ALIMENTARI Somministrazione dell'allergen	102,40
o 9108501	STREPTOZYME	7,10
o 9112601	VIRUS ADENOVIRUS ANTIGENI IMMUNOCROMATOGRAFIA SU MEMBRANA /F (per ciascuna determinazione)	15,50
o 9112602	VIRUS CITOMEGALOVIRUS ANTIGENI PP65 IMMUNOFLUORESCENZA	41,30
o 9112603	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DNA QUANTITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	103,30



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9112607	VIRUS EPATITE C SIEROTIPIZZAZIONE MEDIANTE METODO IMMUNOMETRICO	20,70
o 9112608	VIRUS EPSTEIN BARR DNA RILEVAZIONE QUANTITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	103,30
o 9112610	VIRUS HIV ANTIGENE P24 -IMMUNOMETRICO (TEST DI CONFERMA MEDIANTE NEUTRALIZZAZIONE)	31,00
o 9112612	VIRUS HIV ANALISI DI MUTAZIONE (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQ	156,00
o 9112613	VIRUS HIV ANALISI DI MUTAZIONE (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQ	156,00
o 9112614	VIRUS HIV RNA DETERMINAZIONE QUANTITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVA	103,30
o 9112616	VIRUS NAS ACIDI NUCLEICI DNA MULTIPLEX (INCLUSA ESTRAZIONE, RETRO-TRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZ	103,30
o 9112618	VIRUS NAS RESISTENZE A FARMACI ANTIVIRALI (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAME	311,90
o 9112619	VIRUS PAPILOMAVIRUS SCREENING PER TIPI A BASSO E ALTO RISCHIO (IBRIDAZIONE A CATTURA)	51,60
o 9112622	VIRUS RESPIRATORI ANTIGENI POOL DI MONOCLONALI IMMUNOFLUORESCENZA E SUCCESSIVA TIPIZZAZIONE (materiali r	25,80
o 9112623	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI IMMUNOCROMATOGRAFIA SU MEMBRANA (FECI) (per ciascuna determinazione)	15,50
o 9112626	VIRUS RSV ANTIGENI IMMUNOFLUORESCENZA DIRETTA (materiali respiratori)	25,80
o 9117402	VIRUS EPATITE B ANALISI DI MUTAZIONE (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE	156,00
o 9120101	BORRELIA BURGDOFFERI ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120102	ECHINOCOCCO ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120103	HELICOBACTER PYLORI ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120104	LEISHMANIA ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120105	MICROORGANISMI NAS ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120106	TAENIA ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120107	TOXOCARA CANIS ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80
o 9120108	TREPONEMA PALLIDUM ANTICORPI WESTERN BLOT	69,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9122301	VIRUS NAS DNA RILEVAZIONE QUANTITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	77,50
o 9128201	COLTURA DI CELLULE SINCRONIZZATE	103,30
o 9128202	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) CON SONDA PANTELOMERICA	185,90
o 9128203	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) CON SONDE BAC/YAC A 1-2 COLORI (da 1 a 3 loci)	565,00
o 9128204	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) CON SONDE LOCUS SPECIFICHE A 2 COLORI (per 2 loci/traslo	289,20
o 9128205	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) CON SONDE LOCUS SPECIFICHE A 2 COLORI (per 3 loci/traslo	382,20
o 9128206	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) CON SONDE LOCUS SPECIFICHE A 2 COLORI (per 4 loci/traslo	475,10
o 9128207	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI CON SONDE PAINT	268,60
o 9128208	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI CON SONDE PAINT	351,20
o 9128209	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI CON SONDE PAINT	433,80
o 9128210	DNA ANALISI PER RICERCA APLOTIPO HLA II DQ2-DQ8 (ESTRAZIONE DNA, 2 PCR, PURIFICAZIONE, ELETTROFORESI IN	180,80
o 9129101	DNA ANALISI PER SINDROME DELL'X FRAGILE (SINDROME DI MARTIN-BELL) ((INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE,	210,00
o 9129201	DNA ANALISI PER GENOTIPO ALA 677 VAL MTHFR (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	64,60
o 9129202	DNA ANALISI PER MUTAZIONE 455G/A - 854G/A FIBRINOGENO (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	64,60
o 9129203	DNA ANALISI PER MUTAZIONE ARG 506 GLN FATTORE V DI LEIDEN (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZI	64,60
o 9129204	DNA ANALISI PER MUTAZIONE G202 10A FATTORE II PROTROMBINA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZ	64,60
o 9129205	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENI FATTORI DELLA COAGULAZIONE (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZI	118,80
o 9129206	DNA ANALISI PER POLIMORFISMO I/I I/D D/D (ACE) (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	64,60
o 9129207	DNA ANALISI PER T CELL RECEPTOR delta (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE) (disordini lin	258,20

114



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9129208	DNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 8;21 AML1-ETO (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE) (Leucemia)	258,20
o 9129209	DNA ANALISI QUANTITATIVA PER TRASLOCAZIONE 9;22 BCR-ABL (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZION	439,00
o 9129210	RNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 15;17 PML-RARalfa (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E	258,20
o 9129211	RNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 4;11 HLL-AF4 (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILE	258,20
o 9129212	RNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 9;22 BCR/ABL (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILE	258,20
o 9129213	RNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 9;22 BCR/ABL (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILE	258,20
o 9129214	DNA ANALISI PER SEQUENZIAMENTO (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAMENTO)	180,80
o 9129215	RNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 9;22 BCR-ABL (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILE	258,20
o 9129216	DNA ANALISI MICRODELEZIONI CROMOSOMA Y (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)	413,20
o 9129217	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE 11 BETA-OH-STEROIDO-DH (AME) (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZ	309,90
o 9129218	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE 21-IDROSSILASI (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZ	309,90
o 9129219	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE ADENOMATOUS POLYPOSIS COLI (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIO	258,20
o 9129220	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE ADRENOLEUCODISTROFIA (ADL)(INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZION	309,90
o 9129221	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE CHIMERICO (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAMEN	309,90
o 9129222	DNA ANALISI PER MUTAZIONI GENE RET (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE MEDIANTE RESTRIZIONE	309,90
o 9129223	DNA ANALISI PER MUTAZIONI GENE FIBROSI CISTICA (31 mutazioni) (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILE	284,10
o 9129224	DNA ANALISI PER MUTAZIONE C282Y (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, DIGESTIONE ENZIMATICA E RILEVAZIONE	64,60
o 9129225	DNA ANALISI PER MUTAZIONE H63D (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, DIGESTIONE ENZIMATICA E RILEVAZIONE)	64,60
o 9129226	DNA ANALISI PER MUTAZIONI ESONE 15 DEL GENE APC (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE) in FA	247,90



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9129227	DNA ANALISI PER MUTAZIONI GENI MLH1 e MSH2 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAM	284,10
o 9129228	DNA ANALISI POLIMORFISMI INSTABILITA' MICROSATELLITARE MSI (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZ	335,70
o 9129229	DNA ANALISI PER POLIMORFISMO APOE (E2 E3 E4) (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, DIGESTIONE ENZIMATICA	64,60
o 9129230	DNA ANALISI PER POLIMORFISMO ARG 3500 GNL ARG 3500 TPR (APOB) (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, DIGES	64,60
o 9129231	RNA <sub>m</sub> DI APOE (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE)	69,90
o 9129232	RNA <sub>m</sub> DI TIROSINASI (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE)	69,90
o 9129233	VIRUS EPATITE C ANALISI DI MUTAZIONE (GENOTIPO) (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE,	156,00
o 9129234	DNA ANALISI PER GENE CONNESSINA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAMENTO)	290,80
o 9129235	DNA ANALISI PER MUTAZIONI DELLA COREA DI HUNTINGTON (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E S	309,90
o 9129236	DNA ANALISI PER MUTAZIONI DELLA DISTROFIA MIOTONICA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E S	413,20
o 9129237	DNA ANALISI PER SEQUENZIAMENTO GENE TP-53 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE) ESONE 4 (pr	180,80
o 9129238	DNA ANALISI PER SEQUENZIAMENTO GENE TP-53 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)ESONE 4-5-6-	449,30
o 9129239	DNA ANALISI PER SEQUENZIAMENTO GENE TP-53 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE) ESONE 5- 6	180,80
o 9129240	DNA ANALISI PER SEQUENZIAMENTO GENE TP-53 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)ESONE 7-8-9	222,10
o 9129241	DNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 11;14 BCL1/JH (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE) (diagnosi	258,20
o 9129242	DNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 14;18 BCL2/JH TIPO MBR (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZI	258,20
o 9129243	DNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 2;5 BCL1/JH TIPO MBR HPM/ALC1 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVA	309,90
o 9129244	DNA ESTRAZIONE MEDIANTE COLONNINE DI SILICA + QUANTIFICAZIONE SPETTROFOTOMETRICA + CONSERVAZIONE A -20C°	24,80
o 9129245	DNA STUDIO MOLECOLARE COMPLETO LINFOMI NON-HODGKIN : 1) LNH FOLLICOLARE (TRASLOCAZIONE 14;18 MBR+MCR); 2	697,20

*lu*



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 9129246	RNA ESTRAZIONE (MEDIANTE COLONNINE DI SILICA, QUANTIFICAZIONE SPETTROFOTOMETRICA, CONSERVAZIONE -20°C) -	30,50
o 9129247	DNA ANALISI DI METILAZIONE MEDIANTE MODIFICAZIONE DNA, PCR, PURIFICAZIONE, ELETTROFORESI	273,70
o 9129248	DNA ANALISI DI MICROSATELLITI DEL DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE MEDIANTE ELETTRO	413,20
o 9129249	DNA ANALISI DI POLIMORFISMI DIALLELICI (SNPs) DEL DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE	413,20
o 9129251	DNA REGIONI IPERVARIABILI HV1o HV2 DEL mtDNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE) (per s	309,90
o 9129252	DNA AMPLIMERI < 500 bp (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE MEDIANTE ELETTROFORESI CAPILLAR	309,90
o 9129253	DNA ANALISI PER MUTAZIONE MET 146 VAL PS1(INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, DIGESTIONE ENZIMATICA E R	64,60
o 9129254	DNA ANALISI PER MUTAZIONE VAL 717 ILE APP (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, DIGESTIONE ENZIMATICA E R	64,60
o 9129255	DNA ANALISI DI MICROSATELLITI DEL DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE) (12 SISTEMI: B	723,00
o 9129256	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE BRCA1 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE MEDIANTE SEQUENZI	309,90
o 9129257	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE BRCA2 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE MEDIANTE SEQUENZI	516,50
o 9129258	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE hMLH1 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAMENTO)	619,70
o 9129259	DNA ANALISI PER MUTAZIONE GENE hMLH2 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAMENTO)	723,00
o 9129260	DNA ANALISI PER GENE cagA+/cagA- e GENE per l'ureasi DI HELICOBACTER PYLORI SU BIOPSIA GASTRICA (INCLU	100,00
o 9129261	RNA ANALISI PER RIARRANGIAMENTO GENICO inv16CBFB-MYH11 (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE	258,00
o 9129262	DNA ANALISI PER RIARRANGIAMENTO GENICO DELLE CATENE PESANTI IMMUNOGLOBULINE (VDJ) (INCLUSA ESTRAZIONE, A	360,00
o 9129263	DNA ANALISI PER TRASLOCAZIONE 14;18 BCL2/JH TIPO MCR (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZI	258,20
o 9137501	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) CON SONDE LOCUS SPECIFICHE A 1-2 COLORI (per 1 locus/tra	186,40
o 9137502	DNA ANALISI MEDIANTE IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI CON SONDE PAINT	186,40



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o	9140101 IMMUNOFLUORESCENZA DIRETTA (DIF) SU CUTE	220,00
o	9140102 MARCATORI IMMUNOCHEMICI PREDITTIVI DI RISPOSTA ALLA TERAPIA (ES. HercepTest)	130,00
o	9140103 PANNELLO FATTORI PROGNOTICI MAMMELLA (ER, PgR, c-erb B-2, MIB-1)	220,00
o	9140104 PANNELLO IMMUNOFENOTIPIZZAZIONE PROCESSO LINFOPROLIFERATIVO (secondo linee guida)	400,00
o	9140105 RICERCA DI RIARRANGIAMENTO DEI TRATTI FR3 e FR2 GENE CATENE PESANTI IMMUNOGLOBULINE (INCLUSA ESTRAZIONE,	125,00
o	9140106 RICERCA DI RIARRANGIAMENTO DEI TRATTI VJ e VJP GENE CATENA GAMMA T-CELL RECEPTOR (INCLUSA ESTRAZIONE, AM	125,00
o	9141301 BIOPSIA MASSA RETROPERITONEALE	125,00
o	9143101 AGOBIOPSIA POLMONARE	125,00
o	9149403 CONSULENZA SU PREPARATI ALLESTITI IN ALTRA SEDE	160,00
o	9149405 ALLESTIMENTO E VALUTAZIONE ESTEMPORANEA ADEGUATEZZA PRELIEVO AGOASPIRATO	16,00
N	92.01.1 CAPTAZIONE TIROIDEA	45,00
N	92.01.2 SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON CAPTAZIONE, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE	46,10
N	92.01.3 SCINTIGRAFIA TIROIDEA	33,40
N	92.01.4 SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON INDICATORI POSITIVI	179,70
o	92.01.5 SCINTIGRAFIA TIROIDEA CON I 123	273,00
N	92.02.1 SCINTIGRAFIA EPATICA (3 proiezioni) In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	64,60
N	92.02.2 SCINTIGRAFIA EPATICA PER RICERCA DI LESIONI ANGIOMATOSE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	115,00
N	92.02.3 SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE EPATOBILIARE, INCLUSA COLECISTI, CON O SENZA PROVE FARMACOLOGICHE, CON O SENZA MISURAZIONE DELLA FUNZIONALITA' DELLA COLECISTI	103,60
N	92.02.4 SCINTIGRAFIA EPATICA CON INDICATORI POSITIVI In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.02.5	154,90

104



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 92.02.5	TOMOSCINTIGRAFIA EPATICA In corso di esame planare, con unica somministrazione di radiofarmaco	25,90
o 92.02.6	SCINFIGRAFIA EPATICA INTRARTERIOSA	172,00
N 92.03.1	SCINTIGRAFIA RENALE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.03.5	56,80
N 92.03.2	SCINTIGRAFIA RENALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA In corso di scintigrafia renale con unica somministrazione di radiofarmaco	23,00
N 92.03.3	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE Studio sequenziale della funzione renale senza o con prove farmacologiche Incluso: misura del filtrato glomerulare o della portata plasmatica renale	112,30
N 92.03.4	STUDIO DEL REFLUSSO VESCICO-URETERALE Mediante cistoscintigrafia minzionale diretta	74,40
N 92.03.5	TOMOSCINTIGRAFIA RENALE E DI ALTRI DISTRETTI (OSSEA, TIROIDEA, ADDOMINALE)	41,30
o 92.03.7	DETERMINAZIONE IN VITRO DEL FILTRATO GLOMERULARE O DELLA PORTATA RENALE PLASMATICA	128,00
N 92.04.1	SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE DELLE GHIANDOLE SALIVARI CON STUDIO FUNZIONALE	63,90
N 92.04.2	STUDIO DEL TRANSITO ESOFAGO-GASTRO-DUODENALE	51,60
N 92.04.3	STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO	93,00
N 92.04.4	VALUTAZIONE DELLE GASTROENTERORRAGIE	103,30
N 92.04.5	STUDIO DELLA PERMEABILITA' INTESTINALE	61,50
N 92.05.1	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA DI PERFUSIONE, A RIPOSO E DOPO STIMOLO (FISICO O FARMACOLOGICO), STUDIO QUANTITATIVO	187,00
N 92.05.2	SCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In caso di contemporanea esecuzione di tomoscintigrafia codificare anche 92.09.3	51,60
N 92.05.3	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA DI PRIMO PASSAGGIO (FIRST PASS) Studi multipli del pool ematico cardiaco first pass, a riposo e durante stimolo (fisico o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	98,10
N 92.05.4	ANGIOCARDIOSCINTIGRAFIA ALL'EQUILIBRIO Studi multipli del pool ematico cardiaco all' equilibrio, a riposo e dopo stimolo (fisico e/o farmacologico), studio del movimento di parete e frazione di eiezione, analisi quantitativa	129,10
N 92.05.5	SCINTIGRAFIA SPLENICA	90,10

*JH*



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 92.05.6	SCINTIGRAFIA DEL MIDOLLO OSSEO TOTAL BODY	108,50
N 92.09.1	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (PET) DI PERFUSIONE A RIPOSO E DOPO STIMOLO	1071,60
N 92.09.2	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA (SPET) DI PERFUSIONE A RIPOSO O DOPO STIMOLO	134,80
N 92.09.3	TOMOSCINTIGRAFIA MIOCARDICA CON INDICATORI DI LESIONE In corso di esame planare con indicatori di lesione, con unica somministrazione di radiofarmaco	41,30
N 92.09.4	DETERMINAZIONE DEL VOLUME PLASMATICO O DEL VOLUME ERITROCITARIO	46,20
N 92.09.5	STUDIO DI SOPRAVVIVENZA DEGLI ERITROCITI, CINETICA DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO (FEGATO, MILZA)	179,30
N 92.09.6	STUDIO COMPLETO DELLA FERROCINETICA	143,60
N 92.09.7	STUDIO DELLA CINETICA DELLE PIASTRINE O DEI LEUCOCITI, CON O SENZA LOCALIZZAZIONE DIFFERENZIALE PER ORGANO/TESSUTO	221,20
o 92.09.8	STUDIO CON LEUCOCITI RADIOMARCATI	335,00
o 92.09.9	STUDIO CINETICA PIASTRINICA	424,00
N 92.11.1	SCINTIGRAFIA CEREBRALE, STATICA, STUDIO COMPLETO	98,10
N 92.11.2	SCINTIGRAFIA CEREBRALE CON ANGIOSCINTIGRAFIA, STUDIO COMPLETO	126,30
N 92.11.3	VALUTAZIONE DELLE DERIVAZIONI LIQUORALI	129,10
N 92.11.4	DETERMINAZIONE E LOCALIZZAZIONE PERDITE DI LCR	206,60
N 92.11.5	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (SPET)	238,80
N 92.11.6	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio qualitativo	940,00
N 92.11.7	TOMOSCINTIGRAFIA CEREBRALE (PET) Studio quantitativo	1071,60
o 92.11.8	SCINTIGRAFIA CEREBRALE RECETTORIALE Studio nuclei della base	1095,00
N 92.13	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI Con tecnica di sottrazione incluso: Scintigrafia della tiroide	191,10
N 92.14.1	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA	57,80
N 92.14.2	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE SEGMENTARIA POLIFASICA	78,40
o 92.14.3	TOMOSCINTIGRAFIA OSSEA	36,00

114



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N	92.15.1 SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE (6 proiezioni)	68,50
N	92.15.2 SCINTIGRAFIA POLMONARE VENTILATORIA	198,60
N	92.15.3 STUDIO QUANTITATIVO DIFFERENZIALE DELLA FUNZIONE POLMONARE Eventuale aggiunta a: Scintigrafia perfusionale/ventilatoria (92.15.1 - 92.15.2)	23,00
N	92.15.4 SCINTIGRAFIA POLMONARE CON INDICATORE POSITIVO	169,50
N	92.15.5 TOMOSCINTIGRAFIA POLMONARE In corso di scintigrafia polmonare, con unica somministrazione di radiofarmaco	34,70
o	92.15.6 SCINTIGRAFIA POLMONARE	752,00
N	92.16.1 SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIANDOLARE SEGMENTARIA	110,50
o	92.16.2 SCINTIGRAFIA PER RICERCA LINFONODO SENTINELLA	179,00
N	92.18.1 SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON INDICATORI POSITIVI	213,60
N	92.18.2 SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	113,10
N	92.18.3 RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	136,60
N	92.18.4 SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON CELLULE AUTOLOGHE MARCATE	251,60
N	92.18.5 SCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA CON TRACCIANTI IMMUNOLOGICI E RECETTORIALI	251,60
N	92.18.6 TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE CORPOREA (PET)	1071,60
o	92.18.7 SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA INDICATORE POSITIVO (TRACCIANTI TECNEZIATI)	177,00
o	92.18.8 SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA CON INDICATORI POSITIVI	169,00
N	92.19.1 SCINTIGRAFIA SURRENALICA CORTICALE	259,00
N	92.19.2 SCINTIGRAFIA SURRENALICA MIDOLLARE	293,40
N	92.19.3 SCINTIGRAFIA DEI TESTICOLI	51,60
N	92.19.5 ANGIOSCINTIGRAFIA (ANGIOGRAFIA, VENOGRAFIA RADIOISOTOPICA)	86,20
N	92.19.6 SCINTIGRAFIA SEGMENTARIA DOPO SCINTIGRAFIA TOTAL BODY Con o senza indicatori positivi, cellule autologhe marcate, traccianti immunologici e recettoriali	24,80
o	92.19.7 TOMOSCINTIGRAFIA (SPET) CON INDICATORI POSITIVI	36,00
o	92.19.8 SPET IN ASSOCIAZIONE AD INDAGINI PLANARI	92,00

14



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 92.19.9	MAMMOSCINTIGRAFIA	177,00
N 92.21.1	ROENTGENERAPIA Per seduta	9,00
N 92.23.1	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	27,10
N 92.23.2	TELECOBALTOTERAPIA CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	32,60
N 92.23.3	TELECOBALTOTERAPIA CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	64,60
N 92.24.1	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPO FISSO O DUE CAMPI CONTRAPPOSTI Per seduta e per focolaio trattato	44,80
N 92.24.2	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI MULTIPLI, DI MOVIMENTO Per seduta e per focolaio trattato	64,60
N 92.24.3	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON TECNICA FLASH Per seduta e per focolaio trattato	96,90
N 92.24.4	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	987,80
o 92.24.5	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI CON CAMPI FISSI E/O DI MOVIMENTO PER TECNICHE 3D per sed	108,00
o 92.24.6	TELETERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE CON CAMPI FISSI E/O DI MOVIMENTO PER TECNICHE CON MODULAZIONE DI I	151,20
o 92.24.8	RADIOTERAPIA STEREOTASSICA SEDUTE SUCCESSIVE (per seduta)	189,00
N 92.25.1	TELETERAPIA CON ELETTRONI A UNO O PIU' CAMPI FISSI Per seduta e per focolaio trattato	48,00
N 92.25.2	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI (TSEI/TSEBI)	1317,00
o 92.25.3	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TOTAL BODY) seduta unica o prima seduta	1890,00
o 92.25.4	IRRADIAZIONE CORPOREA TOTALE (TOTAL BODY) sedute successive	1080,00
o 92.25.5	IRRADIAZIONE CUTANEA TOTALE CON ELETTRONI sedute successive (per seduta)	243,00
N 92.27.1	BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	348,60
N 92.27.2	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON IMPIANTO PERMANENTE	546,00
N 92.27.3	BRACHITERAPIA DI SUPERFICIE (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	179,50

n/k



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 92.27.4	BRACHITERAPIA INTERSTIZIALE CON CARICAMENTO REMOTO (HDR) Per seduta e per focolaio trattato	461,00
N 92.27.5	BETATERAPIA DI CONTATTO Per seduta e per focolaio trattato	64,60
N 92.28.1	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Fino a 370 MBq	84,50
N 92.28.2	TERAPIA DEGLI IPERTIROIDISMI Per ogni 370 MBq successivi	17,80
N 92.28.3	TERAPIA ENDOCAVITARIA	225,00
N 92.28.4	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Fino a 185 MBq	658,50
N 92.28.5	TERAPIA CON ANTICORPI MONOCLONALI Per ogni 185 MBq successivi	274,40
N 92.28.6	TERAPIA PALLIATIVA DEL DOLORE DA METASTASI OSSEE	1032,90
o 92.28.7	TERAPIA POLICITEMIA	151,00
N 92.29.1	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con simulatore radiologico (intero trattamento)	67,80
N 92.29.2	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con TC simulatore o TC In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.1) (intero trattamento)	122,60
N 92.29.3	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE Con RM In caso di iniezione di mezzo di contrasto codificare anche (38.99.2) (intero trattamento)	161,40
N 92.29.4	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO Calcolo della dose in punti	29,90
N 92.29.5	STUDIO FISICO-DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC In caso di ricostruzione 3D codificare anche (88.90.2)	113,00
N 92.29.6	DOSIMETRIA IN VIVO Controllo fisico della ripetibilita' del trattamento Controllo fisico per radioprotezione	14,00
N 92.29.7	SCHERMATURA PERSONALIZZATA (intero trattamento)	59,40
N 92.29.8	SISTEMA DI IMMOBILIZZAZIONE PERSONALIZZATO (intero trattamento)	126,80

16



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N	92.29.9 PREPARAZIONE DI COMPENSATORI SAGOMATI (intero trattamento)	108,60
	92.29.a RADIOTERAPIA GUIDATA DA IMMAGINI [IGRT] per seduta e per focolaio trattato IN TECNICA 3DCRT	#Errore
	92.29.b RADIOTERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE con tecnica a modulazione di intensità (IMRT) e immagine guidata (IGRT)	#Errore
	92.29.c RADIOTERAPIA CON GATING RESPIRATORIO per seduta e per focolaio trattato	#Errore
	92.29.d RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (FINO A 5 SEDUTE) Fino a 5 sedute - comprensivo di visite radioterapiche durante il trattamento, ce	#Errore
	92.29.e RADIOTERAPIA CON TECNICHE AD INTENSITA' MODULATA AD ARCHI MULTIPLI O DI TIPO ELICALE CON CONTROLLO DEL POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE (IGRT) CON TAC INTEGRATA (sedute successive alla V)	#Errore
	92.29.f INSERIMENTI REPERI RADIOPACHI NEI TESSUTI	#Errore
	92.29.g FUSIONI DI IMMAGINI (RM, TC/PET, VOLUMI BIOLOGICI, VOLUMI MOLECOLARI) CON TC DI PIANIFICAZIONE	#Errore
o	92.30.1 STUDIO FISICO DOSIMETRICO PER BRACHITERAPIA	362,00
o	92.30.2 STUDIO FISICO DOSIMETRICO CON ELABORATORE SU SCANSIONI TC CON ALGORITMO 3D E CON CONFORMAZIONE DI CAMPI	362,00
o	92.30.3 STUDIO FISICO DOSIMETRICO SU SCANSIONI TC CON INVERSE PLANNING PER IMRT	515,00
o	92.30.4 CONTROLLO FISICO DELL'ACCURATEZZA DOSIMETRICA, GEOMETRICA E DELLA RIPETIBILITA' DEL TRATTAMENTO	181,00
o	92.30.5 ELABORAZIONE DI SEQUENZE DI IMMAGINI DIAGNOSTICHE PER DETERMINAZIONI QUALITATIVEO QUANTITATIVO	90,40
o	92.30.6 STUDIO FISICO DOSIMETRICO E LOCALIZZAZIONE PER RADIOTERAPIA STEREOTASSICA	452,00
o	92.30.7 STUDIO FISICO DOSIMETRICO TBI, TSEI	452,00
o	92.30.8 STUDIO FISICO DOSIMETRICO HBI	251,00
o	92.30.9 CONTROLLO DEL SET UP	43,20
o	92.31.1 INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO CON ECOGRAFIA	108,00
o	92.31.2 DEFINIZIONE TARGET	54,00
o	92.31.3 DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI 3D PER RADIOTERAPIA CONFORMAZIONALE E PER BRACHITERAPIA	216,00

1/10



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
o 92.31.4	DEFINIZIONE TARGET ED ORGANI CRITICI 3D PER RADIOTERAPIA A MODULAZIONE DI INTENSITA' E PER RADIOTERAPIA	270,00
o 92.31.5	INDIVIDUAZIONE DEL VOLUME BERSAGLIO E SIMULAZIONE CON PET/TC	270,00
o 922910	VALUTAZIONE DI DOSE AL PAZIENTE SOTTOPOSTO A PROCEDURA DI ESAMI CON RADIAZIONI IONIZZANTI	81,00
o 923010	STUDIO FISICO DOSIMETRICO SU CURVA DI CAPTAZIONE PER IPERTIROIDISMO	27,00
o 923011	STUDIO FISICO DOSIMETRICO DI ORGANI SU MODELLI MATEMATICI	81,00
o 923012	STUDIO FISICO DOSIMETRICO DI MEDIA COMPLESSITA' PER TERAPIA RADIOMETABOLICA	108,00
o 923013	STUDIO FISICO DOSIMETRICO COMPUTERIZZATO DI ALTA COMPLESSITA' PER TERAPIA RADIOMETABOLICA	351,00
o 923014	VALUTAZIONE DOSE AL FETO	81,00
o 923015	CALCOLO ATTIVITA' RITENUTA	27,00
N 93.01.1	VALUTAZIONE FUNZIONALE GLOBALE Con scala psico-comportamentale	12,90
N 93.01.2	VALUTAZIONE FUNZIONALE SEGMENTARIA Con scala psico-comportamentale	7,80
N 93.01.3	VALUTAZIONE MONOFUNZIONALE Con scala psico-comportamentale Bilancio pretrattamento dei disturbi comunicativi e del linguaggio, somministrazione di test delle funzioni linguistiche Escluso: Esame dell' afasia (94.08.4)	7,80
N 93.01.4	VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE FUNZIONI CORTICALI SUPERIORI Bilancio pretrattamento delle funzioni corticali superiori correlate a disturbi comunicativi e del linguaggio o di altre funzioni cognitive	7,80
N 93.02	VALUTAZIONE ORTOTTICA	7,80
N 93.03	VALUTAZIONE PROTESICA. Finalizzata al collaudo	7,80
N 93.04.1	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE Bilancio articolare e muscolare generale	11,60
N 93.04.2	VALUTAZIONE MANUALE DI FUNZIONE MUSCOLARE Bilancio articolare e muscolare segmentario	7,80
N 93.05.1	ANALISI CINEMATICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	19,40
N 93.05.2	ANALISI DINAMOMETRICA DELL' ARTO SUPERIORE O INFERIORE O DEL TRONCO	10,80
N 93.05.3	ANALISI DINAMOMETRICA ISOCINETICA SEGMENTALE	13,40



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 93.05.4	TEST POSTUROGRAFICO	8,00
N 93.05.5	TEST STABILOMETRICO STATICO E DINAMICO	9,70
N 93.08.1	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] Analisi qualitativa o quantitativa per muscolo Escluso: EMG dell' occhio (95.25), EMG dello sfintere uretrale (89.23), quello con polisonnogramma (89.17)	10,30
N 93.08.2	ELETTROMIOGRAFIA SINGOLA FIBRA Densità delle fibre	10,30
N 93.08.3	ELETTROMIOGRAFIA DI UNITA' MOTORIA Esame ad ago	10,30
N 93.08.4	ELETTROMIOGRAFIA DI MUSCOLI SPECIALI [Laringei, perineali] Escluso: Elettromiografia dello sfintere uretrale (89.23), Elettromiografia dell' occhio (95.25)	13,40
N 93.08.5	RISPOSTE RIFLESSE H, F, Blink reflex, Riflesso bulbocavernoso, Riflessi esterocettivi agli arti, Riflessi tendinei Incluso: EMG	10,30
N 93.08.6	STIMOLAZIONE RIPETITIVA Stimolazione ripetitiva per nervo, Stimolazione ripetitiva con tensilon Incluso: EMG	10,30
N 93.08.7	TEST PER TETANIA LATENTE Incluso: EMG	10,30
N 93.08.8	TEST DI ISCHEMIA PROLUNGATA Incluso: EMG	10,30
N 93.09.1	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA MOTORIA Per nervo	10,30
N 93.09.2	VELOCITA' DI CONDUZIONE NERVOSA SENSITIVA Per nervo	10,30
N 93.11.1	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	11,40
N 93.11.2	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO GRAVE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	9,10
N 93.11.3	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE STRUMENTALE COMPLESSA Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	8,50

AK



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 93.11.4	RIEDUCAZIONE MOTORIA INDIVIDUALE IN MOTULESO SEGMENTALE SEMPLICE Incluso: Biofeedback Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	6,80
N 93.11.5	RIEDUCAZIONE MOTORIA IN GRUPPO Per seduta di 30 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	5,00
N 93.15	MOBILIZZAZIONE DELLA COLONNA VERTEBRALE Manipolazione della colonna vertebrale per seduta Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	14,20
N 93.16	MOBILIZZAZIONE DI ALTRE ARTICOLAZIONI Manipolazione incruenta di rigidità di piccole articolazioni Escluso: Manipolazione di articolazione temporo-mandibolare	8,80
N 93.18.1	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	11,40
N 93.18.2	ESERCIZI RESPIRATORI Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	3,40
N 93.19.1	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta individuale di 60 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10,20
N 93.19.2	ESERCIZI POSTURALI - PROPRIOCETTIVI Per seduta collettiva di 60 minuti max 5 pazienti (Ciclo di dieci sedute)	4,40
o 93.20.1	PRESTAZIONI AMBULATORIALI INDIVIDUALI	51,60
o 93.20.2	PRESTAZIONI AMBULATORIALI PICCOLI GRUPPI	19,20
93.20.3	PRESTAZIONI AMBULATORIALI INDIVIDUALI(ETA' EVOLUTIVA)	#Errore
93.20.4	PRESTAZIONI AMBULATORIALI PICCOLI GRUPPI(ETA' EVOLUTIVA)	#Errore
o 93.21.1	PRESTAZIONI DOMICILIARI	66,40
93.21.2	PRESTAZIONI DOMICILIARI(ETA' EVOLUTIVA)	#Errore
o 93.21.6	AMBULATORI EXTRA MURALI	51,60
93.21.7	AMBULATORI EXTRA MURALI(ETA' EVOLUTIVA)	#Errore

PLU



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 93.22	TRAINING DEAMBULATORI E DEL PASSO Incluso: Addestramento all' uso di protesi, ortesi, ausili e/o istruzione dei familiari Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	10,20
N 93.26	RISOLUZIONE MANUALE DI ADERENZE ARTICOLARI	8,00
N 93.29	ALTRE CORREZIONI FORZATE DI DEFORMITA' Correzione manuale di piede torto congenito	7,20
N 93.31.1	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	10,00
N 93.31.2	ESERCIZIO ASSISTITO IN ACQUA	2,40
N 93.31.3	IDROMASSOTERAPIA	3,70
N 93.33.1	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	7,90
N 93.33.2	GINNASTICA VASCOLARE IN ACQUA	2,30
N 93.34.1	DIATERMIA AD ONDE CORTE E MICROONDE	2,30
N 93.35.1	AGOPUNTURA CON MOXA REVULSIVANTE	12,80
N 93.35.2	IRRADIAZIONE INFRAROSSA Per seduta	1,80
N 93.35.3	PARAFFINOTERAPIA Bagno paraffinico per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,30
N 93.35.4	IPERTERMIA NAS	7,70
N 93.36	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	19,10
N 93.37	TRAINING PRENATALE Training psico-fisico per il parto naturale Intero ciclo	122,60
N 93.39.1	MASSOTERAPIA DISTRETTUALE-RIFLESSOGENA	4,10
N 93.39.2	MASSOTERAPIA PER DRENAGGIO LINFATICO Per seduta (30 minuti ciascuna)	8,50
N 93.39.3	PRESSOTERAPIA O PRESSO-DEPRESSOTERAPIA INTERMITTENTE	4,40
N 93.39.4	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Diodinamica Per seduta di 10 minuti (Ciclo di dieci sedute)	2,10

164



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 93.39.5	ELETTROTHERAPIA ANTALGICA Elettroanalgesia transcutanea (TENS, alto voltaggio) Per seduta di 30 minuti (Ciclo di dieci sedute)	3,10
N 93.39.6	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DELLA MANO O DEL VISO Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,50
N 93.39.7	ELETTROTHERAPIA DI MUSCOLI NORMO O DENERVATI DI ALTRI DISTRETTI Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	2,50
N 93.39.8	MAGNETOTERAPIA Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1,30
N 93.39.9	ULTRASONOTERAPIA Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1,30
N 93.43.1	TRAZIONE SCHELETRICA	3,80
N 93.46	ALTRE TRAZIONI CUTANEE DEGLI ARTI Trazione : con nastro adesivo, a stivale, di Buck, con forcilla	11,40
N 93.51	APPLICAZIONE DI CORSETTO GESSATO Escluso: Minerva gessata (93.52)	31,00
N 93.52	APPLICAZIONE DI SUPPORTO PER IL COLLO Applicazione di: collare cervicale Minerva gessata supporto sagomato del collo	31,00
N 93.53	APPLICAZIONE DI ALTRO CORSETTO GESSATO Busto gessato	31,00
N 93.54.1	BENDAGGIO CON DOCCIA DI IMMOBILIZZAZIONE Antibraccio-mano Gamba e piede	7,80
N 93.54.2	BENDAGGIO DESAULT AMIDATO O GESSATO	13,60
N 93.54.3	APPARECCHIO GESSATO: TORACO-BRACHIALE, COSCIA-PIEDE	25,20
N 93.54.4	APPARECCHIO GESSATO: OMERO-MANO, STIVALE	18,90
N 93.54.5	APPARECCHIO GESSATO: AVAMBRACCIO-MANO	12,60
N 93.54.6	APPARECCHIO GESSATO: GINOCCHIO	22,70
N 93.54.7	APPARECCHIO GESSATO: POLSO, MANO, PIEDE	11,60

16



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 93.54.8	DOCCIA GESSATA DI DITO DELLA MANO O DEL PIEDE Applicazione di stecca di Zimmer	5,80
N 93.56.1	FASCIATURA SEMPLICE	3,90
N 93.56.2	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI COSCIA-PIEDE	25,20
N 93.56.3	BENDAGGIO ALLA COLLA DI ZINCO DI GAMBA-PIEDE	21,30
N 93.56.4	BENDAGGIO ADESIVO ELASTICO	7,80
N 93.56.5	BENDAGGIO A 8 PER CLAVICOLA	13,60
N 93.56.6	MEDICAZIONE DI SHANZ	21,30
N 93.56.7	ALTRO BENDAGGIO Desault, So-Bar	17,50
N 93.57.1	MEDICAZIONE DI USTIONI	9,70
N 93.71.1	TRAINING PER DISLESSIA Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,40
N 93.71.2	TRAINING PER DISLESSIA Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10
N 93.71.3	TRAINING PER DISCALCULIA Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,40
N 93.71.4	TRAINING PER DISCALCULIA Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10
N 93.72.1	TRAINING PER DISFASIA Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,40
N 93.72.2	TRAINING PER DISFASIA Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10
N 93.78.1	RIABILITAZIONE DEL CIECO Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,40
N 93.78.2	RIABILITAZIONE DEL CIECO Terapia delle attività della vita quotidiana Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 93.82.1	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO. Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	4,40
N 93.82.2	TERAPIA EDUCAZIONALE DEL DIABETICO E DELL'OBESO Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	1,10
N 93.83	TERAPIA OCCUPAZIONALE Escluso: Training in attività di vita quotidiana per ciechi (93.78) Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	4,40
N 93.83.1	TERAPIA OCCUPAZIONALE Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	1,10
N 93.89.1	TRAINING CONDIZIONAMENTO AUDIOMETRICO INFANTILE Per seduta individuale (Ciclo di sei sedute)	8,70
N 93.89.2	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta individuale (Ciclo di dieci sedute)	8,40
N 93.89.3	TRAINING PER DISTURBI COGNITIVI Riabilitazione funzioni mnesiche, gnosiche e prassiche Per seduta collettiva (Ciclo di dieci sedute)	2,10
N 93.91	RESPIRAZIONE A PRESSIONE POSITIVA INTERMITTENTE Per seduta	5,80
N 93.94	MEDICAMENTO RESPIRATORIO SOMMINISTRATO PER MEZZO DI NEBULIZZATORE Aerosolterapia Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	1,60
N 93.95	OSSIGENAZIONE IPERBARICA Per seduta	82,60
N 93.99	ALTRE PROCEDURE RESPIRATORIE Drenaggio posturale Per seduta (Ciclo di dieci sedute)	8,20
N 93.99.1	BRONCOINSTILLAZIONI Per seduta	7,80
N 94.01.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI INTELLIGENZA	9,70

AW



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 94.01.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DI DETERIORAMENTO O SVILUPPO INTELLETTIVO M.D.B., MODA, WAIS, STANFORD BINET	15,50
N 94.02.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLA MEMORIA Memoria implicita, esplicita, a breve e lungo termine	5,80
N 94.02.2	TEST DELLA SCALA DI MEMORIA DI WECHSLER [WMS]	5,80
N 94.08.1	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE FUNZIONI ESECUTIVE	5,80
N 94.08.2	SOMMINISTRAZIONE DI TEST DELLE ABILITA' VISUO SPAZIALI	5,80
N 94.08.3	SOMMINISTRAZIONE DI TEST PROIETTIVI E DELLA PERSONALITA'	7,80
N 94.08.4	ESAME DELL' AFASIA Con batteria standardizzata (Boston A.B., Aachen A.B., ENPA)	27,10
N 94.08.5	TEST DI VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' SOCIALE	5,80
N 94.08.6	TEST DI VALUTAZIONE DEL CARICO FAMILIARE E DELLE STRATEGIE DI COPING	5,80
N 94.09	COLLOQUIO PSICOLOGICO CLINICO	19,40
N 94.12.1	VISITA PSICHIATRICA DI CONTROLLO Visita neuropsichiatrica infantile di controllo	12,90
N 94.19.1	COLLOQUIO PSICHIATRICO	19,40
N 94.3	PSICOTERAPIA INDIVIDUALE	19,40
N 94.32	IPNOTERAPIA Ipnosi Incluso: Ipnosi per analgesia	15,50
N 94.42	PSICOTERAPIA FAMILIARE Per seduta	23,20
N 94.44	PSICOTERAPIA DI GRUPPO Per seduta e per partecipante	9,70
N 95.01	ESAME PARZIALE DELL'OCCHIO Esame dell'occhio con prescrizione di lenti	13,30
N 95.02	ESAME COMPLESSIVO DELL'OCCHIO Visita oculistica, esame dell'occhio comprendente tutti gli aspetti del sistema visivo	20,70
N 95.03.1	STUDIO DELLA TOPOGRAFIA CORNEALE	58,10
N 95.05	STUDIO DEL CAMPO VISIVO Campimetria, perimetria statica/cinetica	16,80

M



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 95.06	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL COLORE Test di acuità visiva e di discriminazione cromatica	7,80
N 95.07	STUDIO DELL'ADATTABILITA' AL BUIO	7,80
N 95.07.1	STUDIO DELLA SENSIBILITA' AL CONTRASTO	7,80
N 95.09.1	ESAME DEL FUNDUS OCULI	7,80
N 95.09.2	ESOFTALMOMETRIA	7,80
N 95.09.3	CHERATOESTESIOMETRIA	7,80
N 95.11	FOTOGRAFIA DEL FUNDUS Per occhio	3,90
N 95.11.1	FOTOGRAFIA DEL SEGMENTO ANTERIORE	3,90
N 95.12	ANGIOGRAFIA CON FLUORESCINA O ANGIOSCOPIA OCULARE	46,50
N 95.13	ECOGRAFIA OCULARE Ecografia Ecobiometria	19,40
N 95.13.1	PACHIMETRIA CORNEALE	38,70
N 95.13.2	BIOMICROSCOPIA CORNEALE Con conta cellule endoteliali	31,00
N 95.14	STUDIO RADIOLOGICO DELL'OCCHIO	15,50
N 95.15	STUDIO DELLA MOTILITA' OCULARE	15,50
N 95.2	TEST FUNZIONALI OBIETTIVI DELL'OCCHIO Test di Hess - Lancaster Escluso: Test con polisonnogramma (89.17)	7,80
N 95.21	ELETTRORETINOGRAFIA (ERG, FLASH-PATTERN)	33,60
N 95.22	ELETTROOCULOGRAFIA (EOG)	33,60
N 95.23	POTENZIALI EVOCATI VISIVI (VEP) Potenziali evocati da pattern o da flash o da pattern ad emicampi	23,20
N 95.23.1	INTERFEROMETRIA	7,80
N 95.24.1	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO SPONTANEO O POSIZIONALE	18,20
N 95.24.2	STUDIO DEL NISTAGMO REGISTRATO PROVOCATO	26,00
N 95.25	ELETTROMIOGRAFIA DELL'OCCHIO (EMG)	31,00
N 95.26	TONOGRAFIA, TEST DI PROVOCAZIONE E ALTRI TEST PER IL GLAUCOMA	7,80

16



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 95.35	TRAINING ORTOTTICO Per seduta	5,40
N 95.41.1	ESAME AUDIOMETRICO TONALE	9,80
N 95.41.2	ESAME AUDIOMETRICO VOCALE	9,80
N 95.41.3	AUDIOMETRIA AUTOMATICA	20,70
N 95.41.4	ESAME AUDIOMETRICO CONDIZIONATO INFANTILE	11,90
N 95.42	IMPEDENZOMETRIA	8,70
N 95.43	VALUTAZIONE AUDIOLOGICA Valutazione con: macchine del rumore di Barany, test ad occhi chiusi feedback ritardato, mascheramento, lateralizzazione di Weber	25,30
N 95.44.1	TEST CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Esame clinico con prove caloriche	16,30
N 95.44.2	ESAME CLINICO DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Test posizionali o rilievo segni spontanei	16,30
N 95.45	STIMOLAZIONI VESTIBOLARI ROTATORIE Prove rotatorie, Prove pendolari a smorzamento meccanico	32,50
N 95.46	ALTRI TEST AUDIOMETRICI O DELLA FUNZIONALITA' VESTIBOLARE Prove audiometriche sopraliminari	16,30
N 95.47	ESAME DELL' UDITO NAS	12,90
N 95.48.1	MESSA A PUNTO DI MEZZI PER L'UDITO Audiometria tonale protesica Audiometria vocale protesica Escluso: Impianto di strumenti elettromagnetici per l'udito	11,90
N 95.48.2	CONTROLLO PROTESICO ELETTROACUSTICO	9,80
N 95.48.3	MISURE PROTESICHE IN SITU	12,30
N 95.48.4	TEST DI STIMOLAZIONE ELETTRICA AL PROMONTORIO	23,70
N 95.49	ADATTAMENTO IMPIANTI COCLEARI	19,50
N 96.17	INSERZIONE DI DIAFRAMMA VAGINALE	9,70
N 96.18	INSERZIONE DI ALTRO PESSARIO VAGINALE	9,70
N 96.22	DILATAZIONE DEL RETTO	9,70
N 96.23	DILATAZIONE DELLO SFINTERE ANALE	9,70
N 96.26	RIDUZIONE MANUALE DI PROLASSO RETTALE	11,60

14 y



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 96.27	RIDUZIONE MANUALE DI ERNIA	11,60
N 96.49	INSTILLAZIONE GENITOURINARIA Instillazione di supposta prostaglandinica Instillazione di chemioterapici intravesicali	9,70
N 96.51	IRRIGAZIONE DELL'OCCHIO Irrigazione corneale Escluso: Irrigazione con rimozione di corpo estraneo (98.21)	3,90
N 96.52	IRRIGAZIONE DELL'ORECCHIO Irrigazione con rimozione di cerume	7,80
N 96.54.1	ABLAZIONE TARTARO	9,70
N 96.54.2	SIGILLATURA DEI SOLCHI E DELLE FOSSETTE	3,90
N 96.54.3	CURA STOMATITE, GENGIVITE, ALVEOLITE Per seduta	5,80
N 96.57	IRRIGAZIONE DI CATETERE VASCOLARE Irrigazione [disostruzione] dello shunt arterovenoso	15,50
N 96.59	ALTRA IRRIGAZIONE DI FERITA Pulizia di ferita NAS Escluso: Sbrigliamento (86.22, 86.27 - 86.28)	3,90
N 97.1	SOSTITUZIONE NON OPERATORIA DI SUSSIDIO PER IL SISTEMA MUSCOLOSCELETRICO E TEGUMENTARIO Riparazione apparecchi gessati	9,70
o 97.23	SOSTITUZIONE DI CANNULA TRACHEOSTOMICA	61,40
N 97.29.1	REVISIONE DI CATETERE PERITONEALE Revisione di catetere per dialisi peritoneale, cambio set di connessione, sostituzione parti di catetere	15,50
o 97.30.1	Manutenzione di catetere venoso centrale (medicazione e irrigazione)	12,90
N 97.35	RIMOZIONE DI PROTESI DENTALE Rimozione di corona isolata, Rimozione di elemento protesico	6,50
N 97.71	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO CONTRACCETTIVO INTRAUTERINO	9,70
N 97.82	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO DI DRENAGGIO PERITONEALE	9,70
o 97.83	ASPORTAZIONE DI CATETERE, NAS - Asportazione di catetere venoso centrale, peridurale, spinale, plessico	15,50
N 97.88	RIMOZIONE DI DISPOSITIVO ESTERNO DI IMMOBILIZZAZIONE Rimozione di supporto, gesso, stecca	9,70
N 98.01	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA BOCCA, SENZA INCISIONE	8,40



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 98.02	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ESOFAGO, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	31,20
N 98.03	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLO STOMACO E DALL'INTESTINUO TENUE, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	62,00
N 98.05	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA RETTO E ANO, SENZA INCISIONE Incluso: Endoscopia	29,40
N 98.11	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'ORECCHIO, SENZA INCISIONE	8,40
N 98.12	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DAL NASO, SENZA INCISIONE	8,40
N 98.13	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA FARINGE, SENZA INCISIONE	15,10
N 98.14	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA LARINGE, SENZA INCISIONE Incluso: Laringoscopia	15,10
N 98.15	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA TRACHEA E BRONCHI, SENZA INCISIONE	18,50
N 98.16	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'UTERO, SENZA INCISIONE Incluso: Isteroscopia Escluso: Rimozione di dispositivo contraccettivo intrauterino (97.71)	23,50
N 98.17	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALLA VAGINA, SENZA INCISIONE	10,10
N 98.18	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DA STOMA ARTIFICIALE, SENZA INCISIONE	10,10
N 98.19	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO INTRALUMINALE DALL'URETRA, SENZA INCISIONE Incluso: Uretroscopia	35,80
N 98.20	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO, NAS	7,80
N 98.21	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DALL'OCCHIO, SENZA INCISIONE	7,80
N 98.22	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO SUPERFICIALE DA TESTA E COLLO, SENZA INCISIONE Rimozione di corpo estraneo incluso da palpebra o congiuntiva senza incisione	7,80
N 98.23	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA VULVA, SENZA INCISIONE	7,80



## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 98.24	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DA SCROTO E PENE, SENZA INCISIONE	7,80
N 98.25	RIMOZIONE DI ALTRO CORPO ESTRANEO DAL TRONCO ECCETTO SCROTO, PENE E VULVA, SENZA INCISIONE	7,80
N 98.26	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALLA MANO, SENZA INCISIONE	7,80
N 98.27	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO SUPERIORE ECCETTO LA MANO, SENZA INCISIONE	7,80
N 98.28	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DAL PIEDE, SENZA INCISIONE	7,80
N 98.29	RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO DALL'ARTO INFERIORE ECCETTO IL PIEDE, SENZA INCISIONE	7,80
o 98.51	LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA	600,00
o 98.51.1	LITROTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE (I sed)	640,00
o 98.51.2	LITROTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE CON CATETERISMO URETRALE (Sed succ)	640,00
o 98.51.3	LITROTRIPSIA EXTRACORPOREA DEL RENE, URETERE E/O VESCICA	1733,00
o 98.59.1	TERAPIA AD ONDE D'URTO FOCALIZZATE PER PATOLOGIE MUSCOLO SCHELETRICHE (fino ad un massimo di tre applica	80,00
N 99.06.1	INFUSIONE DI FATTORI DELLA COAGULAZIONE	11,60
N 99.07.1	TRASFUSIONE DI SANGUE O EMOCOMPONENTI	25,80
N 99.12	IMMUNIZZAZIONE PER ALLERGIA Desensibilizzazione	11,60
N 99.13	IMMUNIZZAZIONE PER MALATTIA AUTOIMMUNE	11,60
N 99.14.1	INFUSIONE DI IMMUNOGLOBULINE ENDOVENA	11,60
N 99.23	INIEZIONE DI STEROIDI Iniezione di cortisone Impianto sottodermico di progesterone Impianto sottodermico di altri ormoni o antiormoni	9,70
N 99.24.1	INFUSIONE DI SOSTANZE ORMONALI	11,60
N 99.25	INIEZIONE O INFUSIONE DI SOSTANZE CHEMIOTERAPICHE PER TUMORE, NON CLASSIFICATE ALTROVE	9,70
N 99.27	IONOFRESI	1,80
o 99.29	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE Incluso: iniezione o infusione somministrata per vi	10,70
N 99.29.1	INIEZIONE PERINERVOSA	10,10



Allegato A

## Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche

## 1. Nomenclatore Tariffario

Codice Prestazione	Descrizione prestazione	Tariffa
N 99.29.2	INIEZIONE PERIARTERIOSA	10,10
N 99.29.3	INFILTRAZIONE PERINEALE	6,50
N 99.29.4	INFILTRAZIONE MEDICAMENTOSA DEL PENE	6,50
N 99.29.5	INIEZIONE ENDOCAVERNOSA DI FARMACI	7,80
N 99.29.6	INIEZIONE MODIFICATRICE IN ASCESSO FREDDO	7,80
N 99.29.7	MESOTERAPIA	6,70
N 99.29.8	INIEZIONE INTRA O PERIURETRALE	7,80
N 99.29.9	INIEZIONE DI TOSSINA BOTULINICA	9,70
N 99.71	PLASMAFERESI TERAPEUTICA	439,00
N 99.72	LEUCOAFERESI TERAPEUTICA	402,80
N 99.73	ERITROAFERESI TERAPEUTICA	373,40
N 99.73.1	ERITROAFERESI CON SACCHE MULTIPLE	43,90
N 99.74	PIASTRINOAFERESI TERAPEUTICA	408,00
N 99.82	TERAPIA A LUCE ULTRAVIOLETTA Attinoterapia Fototerapia selettiva UV (UVA, UVB) Per ciclo di sei sedute	8,80
N 99.85	IPERTERMIA PER IL TRATTAMENTO DI TUMORE Ipertermia [terapia aggiuntiva] indotta da microonde ultrasuoni, radiofrequenza a bassa energia, sonde intestinali, o altri mezzi per trattamento di tumore	82,20
N 99.91	AGOPUNTURA PER ANESTESIA	9,70
N 99.92	ALTRA AGOPUNTURA Escluso: quella con moxa revulsivante (93.35.1)	8,50
o 99.93.1	NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE	103,30
o 99.93.2	NUTRIZIONE ENTERALE DOMICILIARE	51,60
o 99.93.3	SACCA NUTRIZIONALE DA 2000 Kcal	40,30
o 99.93.4	SACCA NUTRIZIONALE DA 1400 Kcal	33,60
o 99.93.5	NUTRIZIONE PARENTERALE DOMICILIARE SENZA SACCA da 200 Kcal	63,00
o 99.93.6	MEDICAZIONE DI CATETERE VENOSO CENTRALE O DI SONDA ENTERALE DI LUNGA PERMANENZA	4,50



Allegato A

**Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale della Regione Marche****1. Nomenclatore Tariffario**

Codice Prestazione		Descrizione prestazione	Tariffa
N	99.94	MASSAGGIO PROSTATICO	5,80
N	99.95	STIRAMENTO DEL PREPUZIO	5,80
N	99.97.1	SPLINTAGGIO PER GRUPPO DI QUATTRO DENTI	13,40
N	99.97.2	TRATTAMENTI PER APPLICAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE Ribasamento con metodo diretto o indiretto, aggiunta di elementi e/o ganci, riparazione di protesi fratturata, ricementazione di corona o ponte	13,40
N	99.99.1	LASER TERAPIA ANTALGICA Per seduta	3,10
o	9907101	GEL PIASTRINICO PREPARAZIONE PER SINGOLA APPLICAZIONE 10 CC	40,00
o	9907102	COLLA DI FIBRINA PREPARAZIONE PER SINGOLA APPLICAZIONE 10 CC	40,00
o	9973101	SALASSO TERAPEUTICO	43,90

14 1



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

<b>06.01</b>	<b>ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA</b>
as 09.01	ASPIRAZIONE NELLA REGIONE TIROIDEA
<b>08.6</b>	<b>RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA CON LEMBO O INNESTO</b>
as 08.72	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA NON A TUTTO SPESSORE
as 08.74	RICOSTRUZIONE DELLA PALPEBRA A TUTTO SPESSORE
<b>23.41.3</b>	<b>APPLICAZIONE DI CORONA E PERNO</b>
as 23.41.5	APPLICAZIONE PERNO MONCONE DIRETTO O INDIRETTO
<b>23.71.1</b>	<b>TERAPIA CANALARE IN DENTE MONORADICOLATO</b>
as 23.71.3	TERAPIA CANALARE IN DENTE NECROTICO MONORADICOLATO
<b>23.71.2</b>	<b>TERAPIA CANALARE IN DENTE PLURIRADICOLATO</b>
as 23.71.4	TERAPIA CANALARE IN DENTE NECROTICO PLURIRADICOLATO
<b>81.92</b>	<b>INIEZIONE DI SOSTANZE TERAPEUTICHE NELL'ARTICOLAZIONE O NEL LEGAMENTO</b>
as 99.29	INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE TERAPEUTICHE Incluso: iniezione o infusione somministrata per vi
<b>85.11.1</b>	<b>BIOPSIA ECO-GUIDATA DELLA MAMMELLA</b>
as 85.11.4	BIOPSIA CITOLOGICA STEREOTASSICA DELLA MAMMELLA
as 85.11.2	BIOPSIA DELLA MAMMELLA STEREOTASSICA CON RETROASPIRAZIONE
as 85.11.3	MICROBIOPSIA MAMMARIA CON TECNICA STEREOTASSICA
<b>87.03.1</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CAPO, SENZA E CON CONTRASTO</b>
as 870310	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA PERFUSIONALE DEL CAPO
as 87.04.2	ANGIO-TC ENCEFALO
as 87.04.3	ANGIO-TC COLLO
<b>87.41.1</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO</b>
as 87.42.5	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) PERFUSIONALE DEL POLMONE
<b>88.01.6</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL' ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO</b>
as 88.01.8	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) PERFUSIONALE DI ORGANO ADDOMINALE
as 88.01.9	ANGIO- TC AORTA ADDOMINALE
<b>88.38.1</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE</b>
as 883811	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON TECNICA SPIRALE DELLA COLONNA
<b>88.38.2</b>	<b>TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO</b>
as 883812	TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) CON TECNICA SPIRALE DELLA COLONNA SENZA E CON CONTRASTO
<b>88.71.4</b>	<b>DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL CAPO E DEL COLLO</b>
as 88.75.4	ECO(COLOR)DOPPLER TIROIDE
<b>88.75.2</b>	<b>ECO(COLOR)DOPPLER DELL'ADDOME INFERIORE</b>
as 88.75.3	ECO(COLOR)DOPPLER DEI GROSSI VASI ADDOMINALI
<b>88.76.1</b>	<b>ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO</b>
as 88.74.9	ECOGRAFIA DELL' ADDOME SUPERIORE SENZA E CON CONTRASTO

14



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

<b>88.79.5</b>	<b>ECOGRAFIA DEL PENE</b>
as 887952	COLOR DOPPLER PENIENO DINAMICO
as 887951	ECOGRAFIA PENIENA DINAMICA (FARMACOLOGICA)
<b>88.79.6</b>	<b>ECOGRAFIA DEI TESTICOLI</b>
as 887961	ECOCOLORDOPPLER TESTICOLARE
<b>88.95.2</b>	<b>RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE (RM) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO</b>
as 88.97.3	COLANGIOGRAFIA RM
<b>90.02.4</b>	<b>ACIDO IPPURICO</b>
as 9002403	ACIDO METILIPPURICO /U
<b>90.03.5</b>	<b>ACIDO VANILMANDELICO (VMA) [dU]</b>
as 9002402	ACIDO MANDELICO /U
<b>90.04.2</b>	<b>ADRENALINA - NORADRENALINA [P]</b>
as 9001102	ADRENALINA o NORADRENALINA CURVA (per ciascuna curva)
as 9001159	METANEFRINE /U
<b>90.09.4</b>	<b>BENZODIAZEPINE</b>
as 9002419	DEMOXEPAM /P
as 9002443	MIDAZOLAM IPNOVEL /P
as 9002444	NITRAZEPAM /P
as 9002445	OXAZEPAM /P
as 9002418	CLORDIAZEPOSSIDO /P
as 9002446	OXCARBAZEPINA /P
as 9002451	TEMAZEPAM /P
as 9002452	TIOPIENTONE /P
as 9002453	TRIAZOLAM /P
as 9002420	DIAZEPAM /P
as 9002415	CLOBAZAM + AMINO-7-CLOBAZAM /P
as 9002407	ALPRAZOLAM /P
as 9002412	BROMAZEPAM /P
as 9002413	BROTIZOLAM /P
as 9002416	CLONAZEPAM /P
<b>90.18.3</b>	<b>DROGHE D'ABUSO</b>
as 9018302	DROGHE DA ABUSO CANNABINOIDI /U (screening)
as 9018304	DROGHE DA ABUSO LSD /U (screening)
as 9002414	BUPRENORFINA
as 9018301	DROGHE DA ABUSO AMFETAMINE /U (screening)
as 9002457	NORBUPRENORFINA /U
as 9018303	DROGHE DA ABUSO COCAINA /U (screening)
as 9002459	CAFFEINA /P
as 9018306	DROGHE DA ABUSO OPIACEI /U (screening)

*[Handwritten signature]*



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

as	9018305	DROGHE DA ABUSO METADONE /U (screening)
<b>90.20.3</b>		<b>FARMACI ANTIARITMICI</b>
as	9002409	AMIODARONE + DESETYL AMIODARONE /P dosaggio HPLC
as	9002449	SOTALOLO /P
as	9002454	VERAPAMILE /P
as	9002434	FLECAINIDE /P
as	9002417	CLONIDINA /P
<b>90.20.4</b>		<b>FARMACI ANTIINFIAMMATORI</b>
as	9002458	IBUPROFEN /P
<b>90.26.4</b>		<b>GLUCOSIO (Curva da carico 3 determinazioni)</b>
as	9026401	GLUCOSIO CURVA GLICEMICA DA CARICO ORALE (2 DET)
<b>90.26.5</b>		<b>GLUCOSIO (Curva da carico 6 determinazioni)</b>
as	9026501	GLUCOSIO CURVA GLICEMICA DA CARICO ORALE (4 DET) /S
<b>90.47.2</b>		<b>ANTICORPI ANTI A/B</b>
as	9047202	ANTICORPI IMMUNI ANTI A/B
as	9047201	ANTICORPI NATURALI ANTI A/B
<b>90.51.2</b>		<b>ANTICORPI ANTI LEUCOCITI</b>
as	9051202	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI ADESI (test diretto)
as	9051201	ANTICORPI ANTI LEUCOCITI CIRCOLANTI (test indiretto)
<b>90.52.5</b>		<b>ANTICORPI ANTI ORGANO</b>
as	9047334	ANTICORPI ANTI-DUTTULI BILIARI /S
<b>90.53.2</b>		<b>ANTICORPI ANTI PIASTRINE</b>
as	9053201	ANTICORPI ANTI PIASTRINE CIRCOLANTI (test indiretto)
as	9053202	ANTICORPI ANTI PIASTRINE ADESE (test diretto)
<b>90.60.1</b>		<b>COMPLEMENTO (C1 Inibitore)</b>
as	9047335	ANTICORPI ANTI-C1q PRECIPITINA /S
as	9047327	PROTEINE REGOLATORIE DEL C1: factor I (cad.) (IMMUNODIFFUSIONE)
as	9047326	PROTEINE REGOLATORIE DEL C1: factor H (cad.) (IMMUNODIFFUSIONE)
as	9047325	PROTEINE REGOLATORIE DEL C1: C4 binding protein (cad.) (IMMUNODIFFUSIONE)
as	9047317	COMPLEMENTO C1 INIBITORE (funzionale) (IMMUNODIFFUSIONE)
<b>90.64.3</b>		<b>FATTORI DELLA COAGULAZIONE (II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII) ( Ciascuno)</b>
as	9064301	FATTORE DELLA COAGULAZIONE II (attività) /P
as	9064309	FATTORE DELLA COAGULAZIONE XIII (attività) /P
as	9064308	FATTORE DELLA COAGULAZIONE XII (attività) /P
as	9064307	FATTORE DELLA COAGULAZIONE XI (attività) /P
as	9064306	FATTORE DELLA COAGULAZIONE X (attività) /P
as	9064305	FATTORE DELLA COAGULAZIONE VIII (attività) /P
as	9064304	FATTORE DELLA COAGULAZIONE VII (attività) /P
as	9064302	FATTORE DELLA COAGULAZIONE IX (attività) /P



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

as	9064303	FATTORE DELLA COAGULAZIONE V (attività) /P
<b>90.66.5</b>		<b>Hb - EMOGLOBINE ANOMALE (HbS, HbD, HbH, ecc.)</b>
as	9062201	EMOGLOBINA /Sg ELETTROFORESI a pH 6.0 (studio emoglobinopatie)
as	9062202	EMOGLOBINA RICERCA EMOGLOBINE INSTABILI (TEST DI CARRELL)
as	9062203	EMOGLOBINA RICERCA EMOGLOBINE INSTABILI (TEST DI GRIMES)
<b>90.67.2</b>		<b>Hb - RICERCA MUTAZIONI DELLE CATENE GLOBINICHE (Cromatografia)</b>
as	9067201	EMOGLOBINA RICERCA MUTAZIONI CATENE GLOBINICHE (cromatografia a pH 6.0)
as	9067202	EMOGLOBINA RICERCA MUTAZIONI CATENE GLOBINICHE (cromatografia a pH 8.9)
<b>90.84.4</b>		<b>BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (attività associazioni antibiotiche)</b>
as	9083330	MICROORGANISMI ANTIBIOGRAMMA E-TEST (MINIMO 5 ANTIBIOTICI)
<b>90.85.1</b>		<b>BATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Kirby Bauer, almeno 10 antibiotici)</b>
as	9083303	BATTERI AEROBI ANTIBIOGRAMMA METODO KIRBY BAUER (1 antibiotico)
as	9083318	HAEMOPHYLUS ANTIBIOGRAMMA (3 antibiotici) METODO KIRBY-BAUER
as	9083304	BATTERI ANTIBIOGRAMMA E-TEST (1 ANTIBIOTICO)
<b>90.85.3</b>		<b>BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA</b>
as	9083316	FILARIA ANTIGENE IMMUNOCROMATOLOGRAFIA (SANGUE)
as	9083333	PLASMODI DELLA MALARIA ANTIGENI IMMUNOCROMATOLOGRAFIA (PLASMA)
as	9083314	CRYPTOCOCCUS NEOFORMANS RICERCA ANTIGENE CON TEST AL LATTICE (TITOLAZIONE)
as	9083320	LEGIONELLA PNEUMOPHILA RICERCA ANTIGENE IMMUNOCROMATOLOGRAFICO (URINE)
as	9083319	HELICOBACTER PYLORI RICERCA ANTIGENE IMMUNOENZIMATICO (FECI)
as	9083338	STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE ANTIGENE IMMUNOCROMATOLOGRAFIA (URINE)
<b>90.85.4</b>		<b>BATTERI ANTIGENI CELLULARI ED EXTRACELLULARI IDENTIFICAZIONE DIRETTA</b>
as	9083307	CANDIDA SPP ANTIGENI AGGLUTINAZIONE (SIERO)
<b>90.86.3</b>		<b>BATTERI DETERMINAZIONE CARICA MICROBICA IN LIQUIDI BIOLOGICI DIVERSI</b>
as	9083310	COLTURALE PER RICERCA DI UN DETERMINATO MICROORGANISMO (Streptococco, Stafilococco aureus, Aeromonas, Bor)
as	9083317	GARDNERELLA VAGINALIS ESAME COLTURALE
<b>90.86.4</b>		<b>BATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA</b>
as	9083306	BATTERI RICERCA MICROSCOPICA PER VALUTAZIONE IDONEITA' ALLA COLTURA
<b>90.89.1</b>		<b>CHLAMYDIE ANTICORPI (E.I.A.)</b>
as	9087405	CHLAMYDIA PNEUMONIAE ANTICORPI IgG, IgM MICROIMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
<b>90.93.3</b>		<b>ESAME COLTURALE CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI</b>
as	9083301	ACANTHAMOEBA ESAME COLTURALE
<b>90.98.5</b>		<b>MICETI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI RICERCA MICROSCOPICA</b>
as	9083324	MICETI FILAMENTOSI COLTURA SU VETRINO E MICROSCOPIA
as	9083315	DERMATOFITI E FUNGHI FILAMENTOSI IDENTIFICAZIONE DI SPECIE
<b>91.01.1</b>		<b>MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. radiometrico, almeno 3 antibiotici)</b>



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

as	9083329	MICOBATTERI NON TUBERCOLARI ANTIBIOGRAMMA
as	9083325	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA IN TERRENO LIQUIDO DA COLTURA RADIOMETRICO ED ALTRI (AVIUM COMPLEX ED ALTRI MN
<b>91.01.2</b>		<b>MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA DA COLTURA (Met. tradizionale, almeno 3 antibiotici)</b>
as	9083326	MICOBATTERI ANTIBIOGRAMMA RAPIDA CRESCITA E-TEST (MINIMO 5 ANTIBIOTICI)
<b>91.02.2</b>		<b>MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI DIVERSI ESAME COLTURALE (Met. radiometrico)</b>
as	9083327	MICOBATTERI ESAME COLTURALE IN TERRENO BIFASICO (campioni biologici diversi)
<b>91.02.3</b>		<b>MICOBATTERI IN CAMPIONI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Met. tradizionale)</b>
as	9083328	MICOBATTERI ESAME COLTURALE NON RADIOMETRICO IN TERRENO LIQUIDO (campioni biologici diversi)
<b>91.02.5</b>		<b>MICOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI (E.I.A.)</b>
as	9087418	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO
as	9087417	MYCOPLASMA PNEUMONIAE ANTICORPI EMOAGGLUTINAZIONE PASSIVA
<b>91.06.1</b>		<b>PLASMODIO FALCIPARUM ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)</b>
as	9087419	PLASMODI DELLA MALARIA ANTICORPI IMMUNOMETRICO
<b>91.06.5</b>		<b>RICKETTSIE ANTICORPI (Titolazione mediante I.F.)</b>
as	9087468	COXIELLA BURNETII ANTICORPI IMMUNOFLUORESCENZA INDIRETTA
as	9087420	RICKETTSIAE ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)
<b>91.11.5</b>		<b>VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa reazione polimerasica a catena)</b>
as	9111503	VIRUS EPSTEIN BARR DNA RILEVAZIONE QUALITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111523	BORRELIA BURGENDORFERI PCR RILEVAZIONE ELETTROFORETICA E NON
as	9112620	VIRUS PAPILOMAVIRUS(INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE E SEQUENZIAMENTO 100-200 bp)
as	9112106	VIRUS PAPILOMAVIRUS SCREENING DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111528	PNEUMOCYSTIS CARINII PCR E RILEVAZIONE ELETTROFORETICA E NON
as	9111527	MICOBATTERI PCR E RILEVAZIONE ELETTROFORETICA E NON
as	9111526	MYCOPLASMA PNEUMONIAE DNA PCR E RILEVAZIONE ELETTROFORETICA E NON
as	9111501	VIRUS BK DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111524	CHLAMYDIAE PCR E RILEVAZIONE ELETTROFORETICA E NON
as	9111502	VIRUS CITOMEGALOVIRUS DNA QUALITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111522	VIRUS ADENOVIRUS DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111521	TROPHYRYMA WHIPPELII DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111520	TOXOPLASMA DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)

1468



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

as	9111518	VIRUS NAS DNA RILEVAZIONE QUALITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111508	VIRUS HTLV 1-2 DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE)
as	9111504	VIRUS HERPES SIMPLEX DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111525	CRYPTOSPORIDIUM PARVUM PCR E RILEVAZIONE ELETTROFORETICA E NON
as	9111517	VIRUS POLYOMA JC DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111505	VIRUS HHV6 DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111507	VIRUS HHV8 DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111509	VIRUS NAS ACIDI NUCLEICI DNA CONSENSUS (INCLUSA ESTRAZIONE, RETRO-TRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZ
as	9111510	VIRUS NAS ACIDI NUCLEICI DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111513	VIRUS PARVOVIRUS B19 DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111514	VIRUS POLYOMA BK DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111515	VIRUS TTV DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111516	VIRUS VARICELLA/ZOSTER DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111506	VIRUS HHV7 DNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
<b>91.12.1</b>		<b>VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (Previa Retrotrascrizione-Reazione polimerasica a catena)</b>
as	9112102	VIRUS PAROTITE RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112110	VIRUS EPATITE G RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE)
as	9112113	VIRUS NAS RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9122302	VIRUS NAS RNA RILEVAZIONE QUANTITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112112	VIRUS MORBILLO RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETRO-TRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112111	VIRUS INFLUENZA A e B RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112109	VIRUS EPATITE E RNA RILEVAZIONE QUALITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILE
as	9112108	VIRUS ENTEROVIRUS RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112107	VIRUS CITOMEGALOVIRUS RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112105	VIRUS TOSCANA RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)

AU Y



## DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

## 2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate

as	9112103	VIRUS ROSOLIA RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9111519	VIRUS NAS RNA RILEVAZIONE QUALITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
as	9112104	VIRUS ROTAVIRUS RNA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE E RILEVAZIONE)
<b>91.13.1</b>		<b>VIRUS ANTICORPI (Titolazione mediante F.C.)</b>
as	9087454	VIRUS POLIOVIRUS 1, 2, 3 ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO (per singola determinazione)
as	9087433	VIRUS ENTEROVIRUS ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO (AG DI GRUPPO)
as	9087451	VIRUS PARAINFLUENZA VIRUS 1, 2, 3 ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO (titolazione per singolo antigene)
as	9087452	VIRUS PARAINFLUENZA VIRUS 1, 2, 3 MIX ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO
as	9087458	VIRUS ROTAVIRUS ANTICORPI FISSAZIONE DEL COMPLEMENTO
<b>91.13.4</b>		<b>VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (E.I.A.)</b>
as	9113401	VIRUS INFLUENZA A e B ANTIGENI IMMUNOCROMATOGRAFIA SU MEMBRANA (materiali respiratori) (per ciascuna det
as	9112627	VIRUS RSV ANTIGENI IMMUNOMETRICO DIRETTO (materiali respiratori)
as	9112625	VIRUS RSV ANTIGENI IMMUNOCROMATOGRAFIA SU MEMBRANA (materiali respiratori)
as	9112624	VIRUS ROTAVIRUS ANTIGENI IMMUNOMETRICO (FECI)
as	9112617	VIRUS NAS ANTIGENI RICERCA DIRETTA MEDIANTE IMMUNOENZIMATICA
as	9112609	VIRUS HERPES SIMPLEX ANTIGENI IMMUNOMETRICO
<b>91.13.5</b>		<b>VIRUS ANTIGENI IN MATERIALI BIOLOGICI RICERCA DIRETTA (I.F.)</b>
as	9113503	VIRUS HERPES SIMPLEX ANTIGENI IMMUNOFLUORESCENZA
as	9113502	VIRUS NAS ANTIGENI RICERCA DIRETTA MEDIANTE IMMUNOFLUORESCENZA CON MONOCLONALI
as	9113501	VIRUS ADENOVIRUS RESPIRATORI RICERCA DIRETTA ANTIGENE DI GRUPPO IMMUNOFLUORESCENZA
as	9112621	VIRUS PARAINFLUENZA VIRUS 1, 2, 3 MIX ANTIGENI IMMUNOFLUORESCENZA (materiali respiratori)
<b>91.17.4</b>		<b>VIRUS EPATITE B [HBV] ACIDI NUCLEICI IBRIDAZIONE DIRETTA</b>
as	9117401	VIRUS EPATITE B DNA RILEVAZIONE QUANTITATIVA (ESTRAZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILEVAZIONE)
<b>91.19.3</b>		<b>VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUALITATIVA DI HCV RNA</b>
as	9119301	VIRUS EPATITE C RNA RILEVAZIONE QUALITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RILE
<b>91.19.4</b>		<b>VIRUS EPATITE C [HCV] ANALISI QUANTITATIVA DI HCV RNA</b>
as	9112606	VIRUS EPATITE C RNA RILEVAZIONE QUANTITATIVA (INCLUSA ESTRAZIONE, RETROTRASCRIZIONE, AMPLIFICAZIONE, RIL
<b>91.21.1</b>		<b>VIRUS EPSTEIN BARR [EBV] ANTICORPI (EA o EBNA o VCA) (E.I.A.)</b>

f Gh



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate**

as	9087437	VIRUS EPSTEIN BARR: ANTICORPI ANTI EARLY ANTIGEN IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)
<b>91.22.1</b>		<b>VIRUS HERPES SIMPLEX (TIPO 1 o 2) ANTICORPI</b>
as	9087446	VIRUS HHV8 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)
as	9087445	VIRUS HHV8 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
as	9087444	VIRUS HHV7 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)
as	9087443	VIRUS HHV7 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
as	9087442	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOMETRICO (per ciascuna determinazione)
as	9087441	VIRUS HHV6 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
as	9087440	VIRUS HERPES SIMPLEX 1-2 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
<b>91.24.1</b>		<b>VIRUS IN MATERIALI BIOLOGICI ESAME COLTURALE (Metodo rapido)</b>
as	9114501	VIRUS HERPES SYMPLEX ESAME COLTURALE (Metodo rapido)
<b>91.25.4</b>		<b>VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI (E.I.A.)</b>
as	9087453	VIRUS PARVOVIRUS B19 ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
<b>91.26.3</b>		<b>VIRUS RETROVIRUS ANTICORPI ANTI HTLV1-HTLV2</b>
as	9087448	VIRUS HTLV 1-2 ANTICORPI IMMUNOMETRICO
<b>91.26.4</b>		<b>VIRUS ROSOLIA ANTICORPI</b>
as	9087466	VIRUS ROSOLIA ANTICORPI IgG, IgM IMMUNOFLUORESCENZA (per ciascuna determinazione)
<b>91.37.1</b>		<b>IBRIDAZIONE CON SONDA MOLECOLARE</b>
as	9137105	IBRIDAZIONE IN SITU PER RICERCA DNA DI HUMAN PAPILLOMA VIRUS AD AMPIO SPETTRO
as	9137102	IBRIDAZIONE IN SITU PER RICERCA DNA DI HUMAN PAPILLOMA VIRUS TIPI 6/11
as	9137103	IBRIDAZIONE IN SITU PER RICERCA DNA DI HUMAN PAPILLOMA VIRUS TIPI 31/33
as	9137104	IBRIDAZIONE IN SITU PER RICERCA DNA DI HUMAN PAPILLOMA VIRUS TIPI 16/18
as	9137101	IBRIDAZIONE IN SITU PER RICERCA RNAm EBER DEL VIRUS EPSTEIN-BARR
<b>91.38.5</b>		<b>ES. CITOLOGICO CERVICO VAGINALE [PAP test]</b>
as	9031402	ESAME CITOLOGICO CERVICO VAGINALE IN STRATO SOTTILE (PAP TEST)
<b>91.39.1</b>		<b>ES. CITOLOGICO DA AGOASPIRAZIONE Nas</b>
as	9139102	ESAME CITOLOGICO DA AGO ASPIRAZIONE NAS (SU STRATO SOTTILE)
<b>91.39.2</b>		<b>ES. CITOLOGICO DI ESPETTORATO (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)</b>
as	9139206	ESAME CITOLOGICO PER SCRAPING (COMPRESA CITOLOGIA ORALE)
as	9139207	ESAME CITOLOGICO PER SCRAPING (COMPRESA CITOLOGIA ORALE) strato sottile
as	9139208	ESAME CITOLOGICO STRISCIO ENDOMETRIALE
as	9139209	ESAME CITOLOGICO STRISCIO ENDOMETRIALE strato sottile

*Ab*



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1468

**2. Elenco delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale assimilate**

as	9139210	ESAME CITOLOGICO SECREZIONE CAPEZZOLO
as	9139205	ESAME CITOLOGICO LIQUIDO BRNCOLAVAGGIO strato sottile
as	9139211	CORPUSCOLI DELL'ASBESTO ESAME MICROSCOPICO /ESCREATO
as	9139204	ESAME CITOLOGICO LIQUIDO BRNCOLAVAGGIO
as	9139203	ESAME CITOLOGICO LIQUIDO DI BOLLA
as	9139202	ESAME CITOLOGICO BRUSHING (BRONCHIALE, GASTRICO, VIE BILIARI) strato sottile
as	9139201	ESAME CITOLOGICO BRUSHING (BRONCHIALE, GASTRICO, VIE BILIARI)
as	9139101	ESAME CITOLOGICO ESTEMPORANEO CON DIAGNOSI
<b>91.39.3</b>		<b>ES. CITOLOGICO DI VERSAMENTI (Fino a 5 vetrini e/o colorazioni)</b>
as	9139301	ESAME CITOLOGICO LIQUIDO DI LAVAGGIO
as	9139302	ESAME CITOLOGICO LIQUIDO DI LAVAGGIO strato sottile
as	9139303	ESAME CITOLOGICO DA VERSAMENTO (SU STRATO SOTTILE)
<b>91.39.4</b>		<b>ES. CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE</b>
as	9139401	ESAME CITOLOGICO URINE PER RICERCA CELLULE NEOPLASTICHE strato sottile
<b>92.03.3</b>		<b>SCINTIGRAFIA SEQUENZIALE RENALE</b>
as	92.03.6	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE CON DETERMINAZIONE IN VIVO DEL FILTRATO GLOMERULARE O DELLA PORTATA RENA
<b>92.04.3</b>		<b>STUDIO DEL REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO O DUODENO-GASTRICO</b>
as	92.04.6	STUDIO DEL VUOTAMENTO GASTRICO O DEL REFLUSSO DUODENO GASTRICO
<b>99.72</b>		<b>LEUCOAFERESI TERAPEUTICA</b>
as	99.88	FOTOFERESI TERAPEUTICA



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

**3. Schema delle Aggregazioni delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale**

Come esplicitato nel documento istruttorio ai fini di semplificare la gestione, ogni prestazione è stata aggregata in maniera sistematica ed univoca in cinque grandi tipologie: Visite, Diagnostica, Laboratorio, Terapeutiche, Riabilitazione. Ciascuna di queste è stata poi diversificata in ulteriori più specifici sotto-tipi, creando una struttura di aggregazione "ad albero" di seguito riportata e applicata al Nuovo Nomenclatore Tariffario consultabile in formato elettronico sul sito dell'ARS.

Aggregazione 1° livello	Aggregazione 2° livello	Aggregazione 3° livello	Aggregazione 4° livello
<b>V-VISITE</b>			
	V1- Prima visita	V10- Prima visita	Monitoraggio tempi d'attesa
	V2 Visita di controllo	V20- Visita di controllo	
	V3 Osservazione Breve Intensiva	V30-Osservazione Breve Intensiva	
<b>D-DIAGNOSTICA</b>	D1-Diagnostica con radiazioni	D11-Radiologia tradizionale	
		D12-Tac	Monitoraggio tempi d'attesa
		D13-Diagnostica Vascolare	
		D14-Medicina Nucleare-	
	D2-Diagnostica senza radiazioni	D21-Ecografia	Monitoraggio tempi d'attesa
		D22-Ecocolordoppler	Monitoraggio tempi d'attesa
		D23-Elettromiografia	Monitoraggio tempi d'attesa
		D24-Endoscopia	Monitoraggio tempi d'attesa
		D25-RM	Monitoraggio tempi d'attesa
		D29-Altra diagnostica strumentale	
	D3- Biopsia	D30-biopsia	
	D9-Altra diagnostica	D90-Altra diagnostica	
<b>L-LABORATORIO</b>	L1-Prelievi	L11- Prelievo sangue venoso	Prestazioni N con tariffa diversa dal DM/12
		L12- Prelievo sangue arterioso	
		L13- Prelievo sangue capillare	
		L14- Prelievo microbiologico	Prestazioni N con tariffa diversa dal DM/12
		L15- Prelievo citologico	
	L2- Chimica clinica	L20- Chimica Clinica	Tossicologia / Prestazioni N con tariffa diversa dal DM/12
	L3-Ematologia/coagulazione	L-30- Ematologia/coagulazione	Prestazioni N con tariffa diversa dal DM/12
	L4- Immunoematologia e trasfusionale	L40- Immunoematologia e trasfusionale	Allergologia
	L5-Microbiologia e virologia	L50-Microbiologia e virologia	Prestazioni N con tariffa diversa dal DM/12
	L6-Anatomiae istologia patologica	L60-Anatomiae istologia patologica	
	L7-Genetica/citogenetica		
<b>T-TERAPEUTICHE</b>	T1-Radioterapia	T10-Radioterapia	Fisica medica
	T2- Dialisi	T20- Dialisi	
	T3- Odontoiatria	T30- Odontoiatria	
	T4- Trasfusioni	T40- Trasfusioni	
	T5- Chirurgia ambulatoriale	T50- Chirurgia ambulatoriale	
	T6- Medicina nucleare	T60- Medicina nucleare	
	T9- Altre prestazioni terapeutiche	T90- Altre prestazioni terapeutiche	
<b>R-RIABILITAZIONE</b>	R1- Diagnostiche	R10- Diagnostiche	
	R2- Riabilitazione e Rieducazione Funz.	R20 - Riabilitazione e Rieducazione Funz.	Ex art.26

116



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

R3- Terapia Fisica	R30- Terapia Fisica	Extra lea
R9- Altra Riabilitazione	R90- Altra Riabilitazione	

✓

Alc